

Programme de formation



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

Programme de formation

Partie 3.2 Module évaluation

Partie 3.3 Problématiques cliniques



VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT

Santé
et Services sociaux

Québec



Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été publié en quantité limitée et est diffusé uniquement dans le cadre de la formation.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN-13 : 978-2-550-48031-0 (version imprimée)

ISBN-10 : 2-550-48031-7 (version imprimée)

ISBN-13 : 978-2-550-48032-7 (version PDF)

ISBN-10 : 2-550-48032-5 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

REMERCIEMENTS

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec tient à remercier les membres du COMITÉ DIRECTEUR SCIENTIFIQUE et tous les partenaires qui ont accepté d'investir tant leurs compétences que leur précieux temps dans ce projet.

COORDINATION DU PROJET

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

Michel Tanguay, MSSS

Hôpital Maisonneuve Rosemont (HMR) et autres établissements

Odette Roy, HMR

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

CONCEPTION

Odette Roy, HMR

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

Denyse Gilbert, consultante en formation

France Gilbert, consultante en formation

COMITÉ SCIENTIFIQUE RÉDACTEURS

Coprésidents

Odette Roy, Ph. D., infirmière clinicienne spécialisée – HMR

Michel Fréchette, md., psychiatre – Centre hospitalier universitaire de Québec – Pavillon CHUL

Chargés de projet

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

Robin Gagnon, M. Sc. Inf., clinicien en soins spécialisés – CSSS du Nord de Lanaudière

Sylvie Garon, B. Sc., physiothérapeute - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Silvana Mauro, BSc., ergothérapeute – Centre gériatrique Maimonides

Marcelle Monette, Ph. D., conseillère en éthique – HMR

Suzanne Plante, coordonnatrice clinico-administrative – Centre de réadaptation

Marie-Enfant – CHU Ste-Justine

Élaine Pruneau, médecin – Hôpital de Verdun

Catherine Sarrazin, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR

Anne-Marie Savard, LL.B., LL.M., juriste

AUTRES RÉDACTEURS

Louis Bolduc, M. Sc. Inf., conseiller spécialisé à l'amélioration continue de la qualité en soins infirmiers – HMR

Monique Bourque, M.A., conseillère clinicienne en soins infirmiers – CSSS - IUGS

Céline Carrier, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Josée Lamoureux, BSc., infirmière monitrice – HMR
Hélène Loiselle, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Olivette Soucy, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – consultante
Nicole Soulard, BSc., infirmière monitrice – HMR
Lise St-Pierre, M. Sc. Inf.(c), infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Stéphanie Therrien, Ph.D., conseillère en éthique

COLLABORATION À LA GESTION DU PROJET

Serge Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

PARTENAIRES

Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre de la physiothérapie du Québec
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des travailleurs sociaux du Québec
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer du Québec
Fédération québécoise des centres en déficience intellectuelle du Québec
Association des centres jeunesse du Québec
Conseil pour la protection des malades du Québec
Le Curateur public
Le Protecteur des citoyens du Québec et des usagers en matière de santé et de services sociaux
Office des personnes handicapées du Québec
Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec

Directions du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
 Direction des services communautaires et des personnes handicapées
 Direction des personnes âgées
 Direction de la santé mentale

SECRÉTARIAT

Kathy Lafontaine, HMR
Lynda Blais, MSSS
Renée Vincent, MSSS
Louise Carignan, MSSS
Sylvie Boutin, MSSS

SUPERVISION DU PROJET

André Garon, MSSS

Nous tenons à souligner ici la contribution des nombreuses autres personnes qui ont participé entre autres au processus de validation du contenu scientifique des modules ainsi qu'au pilotage de la formation destinée aux formateurs régionaux. Dans un esprit d'équité et de reconnaissance, ces remerciements vous sont adressés.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, l'utilisation des mesures de contrôle est un sujet de préoccupation dans nos milieux de soins. Au cours des dernières années, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des Hôpitaux du Québec, les établissements de santé, les corporations professionnelles, les groupes de défense des droits et bien d'autres encore se sont impliqués afin d'en arriver à ce que les mesures de contrôle soient des mesures exceptionnelles et de dernier recours.

La contention et l'isolement sont des entraves à la liberté. Plus nous avons de respect pour les personnes hébergées ou hospitalisées, moins nous sommes enclins à utiliser ces mesures de contrôle et plus nous explorons et appliquons des mesures de remplacement.

Le *Programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle* que nous proposons maintenant s'adresse au personnel qui donne des soins et des services ainsi qu'aux gestionnaires du réseau québécois des établissements de santé.

Nous souhaitons que ce programme contribue substantiellement à une utilisation judicieuse et appropriée des mesures de contrôle.

Odette Roy, Ph. D.

Coprésidente

Michel Fréchette, MD
Coprésident

Août 2006

3.2 Module évaluation



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

3.2 MODULE ÉVALUATION

Un module complémentaire apporte les éléments nécessaires pour une évaluation du changement de pratique. Dans une visée d'amélioration continue de la qualité, les formateurs et les gestionnaires seront amenés à mesurer l'impact d'un programme de réduction de la contention physique et de l'isolement. Ils pourront mettre en place un ensemble d'activités de mesures et d'évaluations d'éléments de la structure, du processus et des résultats en ayant recours à des normes, des indicateurs et des standards préétablis. Ces activités seront suivies de l'élaboration et de la mise sur pied d'un plan d'actions visant le maintien de l'excellence.



DOCUMENTATION

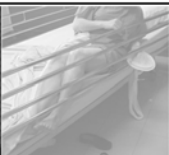
La documentation reliée aux mesures de contrôle

Robin Gagnon

Sylvie Garon

Silvana Mauro

Juin 2006



Évaluation

Marie Authier
Odette Roy
Juin 2006

INTRODUCTION

L'amélioration continue de la qualité est un enjeu majeur dans les établissements de santé du Québec. À cet égard, l'évaluation joue un rôle crucial dans tout processus de changement. Après avoir mis en place un ensemble de stratégies, telle la formation, pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle, les gestionnaires et les cliniciens vont souhaiter mesurer les retombées de leurs efforts. Ce module vise à leur fournir des outils faciles d'utilisation pour les accompagner dans l'évaluation constante de la qualité.

Comme il a été précisé dans les *Orientations ministérielles* du MSSS (2002), chaque établissement a la responsabilité de mettre en place un mécanisme de suivi et il doit procéder à une évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle. Mais, par-delà cette obligation, les gestionnaires, les professionnels de la santé et les équipes de soins, en collaboration avec les équipes d'amélioration de la qualité des établissements, sont soucieux d'évaluer les processus cliniques qui concourent à l'obtention de meilleurs résultats. Il importe donc pour eux de mettre l'accent sur la mesure et l'évaluation de la qualité des soins et des services reliés à ces pratiques dans une perspective d'amélioration continue. L'évaluation proposée dans ce module reposant sur les écrits de Donabedian (1988) comporte trois composantes, soit : les structures de soins, les processus de soins et les résultats de soins. Ces composantes permettent de situer la gestion de la qualité dans un cadre global.

Outre les préoccupations relatives aux normes professionnelles ou aux exigences du MSSS, il est souhaitable que la qualité des services tienne aussi compte du point de vue des personnes et de leurs proches, car cet aspect est une composante importante dans l'évaluation de la qualité des services.

Une stratégie cohérente d'amélioration de la qualité des services suppose que la qualité soit définie à partir de normes techniques, professionnelles ou administratives. Cette stratégie doit également tenir compte des attentes énoncées par les personnes elles-mêmes à l'égard des soins et des services qu'elles reçoivent. C'est d'ailleurs l'approche privilégiée dans ce module qui se veut un complément au *Programme national de formation sur la réduction des mesures de contrôle*.

1. LES COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION

L'évaluation proposée dans ce module comporte trois composantes, soit : les résultats de soins, les processus de soins et les structures de soins (Donabedian, 1988). Ces composantes peuvent être définies comme suit :

1) Les résultats de soins correspondent à l'ensemble des conséquences des soins et des services prodigués relevant directement de la décision et aux facteurs qui l'ont induite.

En ce qui concerne les mesures de contrôle, l'évaluation peut porter, entre autres, sur leur prévalence ou incidence, sur leur durée d'application et sur la satisfaction des usagers.

2) Les processus de soins correspondent à l'ensemble des activités accomplies par les professionnels de la santé et autres membres de l'équipe impliqués directement ou indirectement dans les soins et les services auprès des personnes sous contention, en isolement ou à risque.

En ce qui concerne les mesures de contrôle, l'évaluation portera, entre autres, sur les mesures de remplacement établies dans le plan d'interventions, sur les soins et la surveillance ainsi que sur le consentement.

3) Les structures de soins correspondent essentiellement aux moyens développés par l'établissement pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

En ce qui concerne les mesures de contrôle, l'évaluation portera, entre autres, sur la formation, sur les équipements et sur l'organisation du travail (répartition des équipes).

Les résultats de soins peuvent être évalués en mesurant la prévalence ou l'incidence ainsi que la durée d'application de la mesure de contrôle.

2.1 LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE

La mesure de la prévalence et de l'incidence permet d'évaluer le nombre de mesures de contrôle dans une unité, un service ou un établissement.

La **prévalence** correspond au nombre de personnes faisant l'objet d'une mesure de contrôle à un moment précis. Elle comprend autant les anciens que les nouveaux cas (adapté de Beaucage, Bonnier Viger et D'Amours, 1996).

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas faisant l'objet d'une mesure de contrôle au cours d'une période donnée (adapté de Beaucage, Bonnier Viger et D'Amours, 1996).

Que dois-je faire pour mesurer la prévalence?

a) Déterminer la population ciblée.

La prévalence peut être mesurée pour une unité de soins, pour un programme clientèle ou pour tout l'établissement.

b) Choisir la méthode de collecte de données.

Le taux de prévalence peut être mesuré en utilisant différentes méthodes. Les plus courantes sont :

1. Les observations directes auprès des personnes;
2. Le questionnaire/entretien auprès d'une personne clef (par exemple l'infirmière-chef);
3. La révision de dossiers.

Il est important de mentionner que le taux de prévalence obtenu est sujet à des variations selon la méthode utilisée pour le calculer. Avant de choisir l'une de ces méthodes, il est donc préférable de connaître les avantages et les limites associés à chacune d'elles.

Tableau 1 - Avantages et limites associés à chacune des méthodes

Méthodes	Avantages et limites
Observations directes	Cette méthode permet de calculer de façon précise le nombre de personnes à qui est appliquée une mesure de contrôle, car elle est effectuée « directement » sur le terrain. L'observation directe faite par une personne « neutre » est encore plus crédible, car celle-ci n'aura aucun intérêt à sous-estimer la réalité de son unité. Cette méthode est plus coûteuse, car elle demande une affectation de ressources à la collecte de données.
Questionnaire/entretien auprès d'une personne clef	Cette méthode permet d'établir la prévalence en demandant aux personnes clefs d'indiquer le nombre de personnes sous leur responsabilité à qui est appliquée une mesure de contrôle. Par exemple, une infirmière ayant 10 personnes sous sa responsabilité pourrait déclarer deux cas. Cette méthode est peu coûteuse, rapide et facile à intégrer dans la routine quotidienne. Elle a pour avantage de pouvoir être faite à plusieurs reprises au cours d'une même journée, d'une même semaine ou d'un même mois. Cette méthode peut entraîner des erreurs, car les contentions sont rapportées plutôt qu'observées. De plus, les personnes clefs peuvent se sentir évaluées dans leur propre pratique et être portées à sous-estimer le nombre de cas.

Méthodes	Avantages et limites
Révision de dossiers	Il est possible d'estimer la prévalence des mesures de contrôle en révisant les dossiers des personnes. Cette méthode n'est pas recommandée, car elle est peu fiable; des études ont montré qu'un certain nombre de contentions ne seraient pas notées au dossier (Durand, 1993; Roy et Authier, 2003).
Déclarations de mesures de contrôle (registre)	Certains établissements ont un formulaire de déclarations ou un registre informatisé dans lesquels sont systématiquement rapportés tous les cas de mesures de contrôle. Ce registre peut être très utile si tous les professionnels pouvant décider de la contention rapportent assidûment et systématiquement les cas.

Il faut aussi mentionner que la justesse du taux de prévalence obtenu est liée au nombre d'observations faites, de dossiers étudiés, etc. Par exemple, si on décide de dénombrer les mesures de contention à plusieurs moments de la journée et durant différents quarts de travail et que plusieurs mesures plutôt qu'une seule sont prises durant une même période, la prévalence obtenue avec plusieurs observations sera plus « solide », car moins soumise à l'effet du hasard.

c) Choisir les types de contentions

Le calcul de la prévalence de la contention pour être précise, doit englober l'ensemble des mesures de contrôle sans distinction. Dans certains établissements, la mesure de la prévalence est réalisée sans inclure les ridelles de lit ni les fauteuils roulants ou gériatriques avec tablette. Plusieurs études ont montré que cette façon de faire réduit de façon considérable le taux réel de prévalence.

Lors de la compilation des données, nous recommandons de classer les mesures de contrôle en catégories, soit : 1) les contentions physiques aux poignets, aux

chevilles, à l'abdomen, au thorax et au pelvis, 2) les ridelles de lit, 3) les fauteuils roulants et gériatriques avec tablette restrictive et 4) la mise en isolement.

Cette façon de faire permet d'établir les taux de prévalence pour chacun de ces types de mesures de contrôle, notamment des taux de prévalence avec ou sans ridelles de lit. En effet, plusieurs études ont montré que les taux de prévalence des différentes catégories sont très variables. Par exemple, dans une unité, le taux de prévalence des contentions physiques aux poignets, aux chevilles, à l'abdomen, au thorax et au pelvis peut être très faible, mais celui des ridelles de lit ou des fauteuils gériatriques peut être très élevé. Cette classification apporte de l'information supplémentaire tant aux gestionnaires qu'aux équipes interdisciplinaires pour les accompagner dans le changement de pratique.

d) La prévalence peut-elle m'aider à suivre le changement de pratique?

La mesure de la prévalence constitue un indicateur précieux du changement de pratique, car elle permet d'apporter de l'information aux gestionnaires et aux équipes interdisciplinaires dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Ces résultats permettent de renforcer les mesures mises de l'avant pour favoriser la réduction des mesures de contrôle et d'encourager les équipes à poursuivre le changement. Par ailleurs, ces résultats permettent aux équipes d'ajuster les moyens qui sont privilégiés pour soutenir ce changement, notamment la fréquence des réunions de cas, les rencontres avec les familles, les mesures de remplacement pour contrer ou prévenir les chutes, etc.

Les intervenants qui souhaitent mesurer la prévalence à la suite de la formation ou lors de la mise en place d'autres stratégies visant la réduction des mesures de contrôle devront penser à mesurer la prévalence au temps ZÉRO, mesure qui correspond au taux de prévalence avant l'implantation de ces nouvelles stratégies. Par la suite, des mesures régulières des taux de prévalence constituent une des clefs du succès pour suivre de près le changement et accompagner les équipes.

Toutefois, il est important de mentionner les limites des mesures de la prévalence et de l'incidence. En effet, dans certains cas, notamment dans les établissements ayant une prévalence peu élevée au temps Zéro, la mesure de la prévalence et de l'incidence ne sera pas assez sensible pour refléter les changements de pratique qui s'opèrent dans l'établissement ou pour renforcer les efforts faits par les équipes afin de réduire l'utilisation des mesures de contrôle ou de réduire leur durée d'application. Il peut donc être utile, voire même nécessaire, de combiner cette mesure à d'autres mesures, notamment celles se rapportant aux processus de soins et aux structures de soins, qui pourront mieux refléter ledit changement.

2.2 LA DURÉE D'APPLICATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE

Pourquoi calculer la durée d'application de la mesure de contrôle?

Dans une perspective de réduction des mesures de contrôle, il est tout aussi important de calculer la prévalence/incidence des mesures de contrôle que leur durée d'application. Jusqu'à présent, la durée d'application des mesures de contention a été très peu évaluée. Pourtant, elle est un élément critique à considérer, car il est reconnu que plus la durée de la mise sous contention ou en isolement est longue, plus la personne risque de subir des effets physiques et psychologiques néfastes importants.

En apportant une attention toute particulière à la mesure de la durée de la contention, on apporte non seulement de l'information aux équipes, mais aussi un encouragement et une sensibilisation à l'importance du retrait de la mesure de contrôle ainsi qu'un renforcement pour les efforts de mise en place de mesures de remplacement.

Dans certains milieux, il peut être difficile d'éviter l'application d'une mesure de contrôle chez certaines personnes. Dans ces situations, l'objectif visé pourrait être de réduire le nombre de périodes durant lesquelles la personne est mise sous contention ou en isolement.

Que dois-je faire pour estimer la durée d'application?

L'estimation de la durée d'application de la mesure de contrôle est plus difficile à réaliser, car elle exige de suivre dans le temps, sur une période de 24 heures, ce qui se passe avec la personne sous contention ou en isolement.

Par conséquent, les intervenants de chaque quart de travail, responsables d'une personne sous contention ou en isolement, doivent enregistrer le type de la mesure de contrôle, le nombre de fois (périodes) où elle a été appliquée et la durée de chaque utilisation.

Afin d'aider les équipes d'intervenants, nous suggérons un outil de collecte de données développé par Voyer (2004) pour le milieu des soins prolongés. Cet outil peut être facilement adapté aux autres unités de soins en effectuant certaines modifications.

Outil de collecte de données relatives à l'utilisation des contentions

Nom du résident : _____

Date d'observation : _____

Réévaluation prévue : _____

Type de contentions	Nombre d'utilisations 0 h – 8 h	Durée d'utilisation 0 h – 8 h	Nombre d'utilisations 8 h – 16 h	Durée d'utilisation 8 h – 16 h	Nombre d'utilisations 16 h – 0 h	Durée d'utilisation 16 h – 0 h
1. Ceinture abdominale (type Ségufix, ceinture pelvienne ou autre)	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus
2. Fauteuil avec tablette restrictive	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus
3. Deux ridelles de lit (pleine longueur)	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus

4. Quatre demi-ridelles de lit	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus
5. Autre (spécifiez)	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus	1. 0 fois 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois ou plus	1. 15 min et moins 2. de 16 min à 2 h 3. de 2 h 1 à 5 h 4. 5 h 1 et plus

Référence : P. Voyer, *Projet de recherche : le delirium chez les aînés atteints de déficits cognitifs et hébergés dans les milieux de soins de longue durée. Document de collecte des données, subvention du Fonds de la recherche en santé du Québec, Faculté des sciences infirmières, Québec, Université Laval, 2004.*

Source : Ajustement apporté selon les recommandations de l'auteur P. Voyer – 27 juin 2006, dans R. Gagnon et O. Roy, 2006.

Les processus de soins peuvent être évalués en mesurant les éléments entourant la prise de décision, c'est-à-dire les mesures de remplacement, le consentement ainsi que les soins et la surveillance, entre autres. L'évaluation des processus de soins prend appui sur des données probantes de recherche, des normes, des règles et des politiques. Ainsi, les éléments évalués sont connus par les intervenants.

3.1. LES MESURES DE REMPLACEMENT

Que faut-il évaluer?

La réduction de l'application des mesures de contrôle passe par un processus de décision qui favorise la remise en question constante et la mise en place de mesures de remplacement. Lors d'une évaluation, il peut être utile d'évaluer les interventions posées par les professionnels de la santé et les équipes. Celles mises en place par l'établissement seront traitées au point 4.

Que dois-je faire pour évaluer l'utilisation des mesures de remplacement?

Un plan d'interventions spécifique doit être rédigé pour les personnes qui ont un comportement pouvant entraîner l'application d'une mesure de contrôle ou pour celles qui font l'objet d'une mesure de contrôle. Ce plan d'interventions devrait préciser les mesures de remplacement mises de l'avant pour éviter la mesure de contrôle ou pour la retirer.

L'évaluation des interventions mises en place par les équipes peut être réalisée en les dénombrant dans les dossiers. Par exemple, les dossiers de 15 personnes à risque de contention ou sous contention peuvent être sélectionnés. Dans ces 15 cas, nous devrions retrouver une conduite claire ayant pour objectif de réduire le comportement à risque et visant le retrait de la contention.

Cette évaluation peut être difficile à réaliser et conduire à une sous-estimation des mesures de remplacement prises par les équipes soignantes. En effet, des études ont montré que la tenue des dossiers ne reflète habituellement pas l'ensemble des mesures prises auprès d'une personne. Malgré cette limite, l'évaluation des mesures de remplacement est un indicateur précieux, car elle apporte des informations à l'équipe et valorise leur utilisation.

3.2 CONSENTEMENT

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, le consentement libre et éclairé doit, selon le cas, être donné par la personne, son mandataire ou ses proches. Ce consentement, qu'il soit verbal ou écrit, doit être retrouvé au dossier.

Par ailleurs, la communication avec la personne et ses proches concernant le consentement est tout aussi importante. Cette communication permet de fournir les informations qui comprennent, entre autres choses, les raisons justifiant l'application des mesures, le type de contentions, la durée prévue des mesures, ainsi que les mesures de suivi et les mesures de soins et de surveillance envisagées.

Que dois-je faire pour m'assurer de la validité du consentement?

Deux méthodes peuvent être envisagées pour vérifier si le consentement libre et éclairé a été donné, soit : 1) la révision du dossier et 2) l'entretien avec la personne ou ses proches.

Le dossier

Les dossiers des personnes sous contention devront être révisés en utilisant un formulaire standardisé. Le tableau suivant en est un exemple :

Exemples d'éléments critiques à vérifier	Présent	Absent
Note écrite au dossier		
Raisons justifiant l'application des mesures		
Type de contentions		
Durée prévue des mesures		
Surveillance envisagée		

Entretien avec la personne ou ses proches

Au cours de cet entretien qui portera sur les mêmes éléments critiques, il est important de recueillir les perceptions de la personne et de ses proches.

Exemples d'éléments critiques à vérifier	Présent	Absent	Commentaires
Est-ce que les raisons qui ont amené les intervenants à appliquer une mesure de contrôle vous ont été expliquées?			
Est-ce qu'on vous a donné de l'information sur le type de contention?			
Avez-vous eu de l'information sur la durée prévue de l'application de cette mesure?			
Est-ce qu'on vous a expliqué les soins et la surveillance qui seraient dispensés durant cette période?			
Est-ce qu'on vous a rassuré sur le fait que cette mesure est temporaire et qu'elle sera retirée le plus rapidement possible?			
Est-ce que votre consentement a été donné librement, sans aucune pression?			

3.3 SOINS ET SURVEILLANCE

Pourquoi les soins et la surveillance doivent-ils être l'objet d'une attention particulière dans l'évaluation?

Les soins et la surveillance revêtent une importance majeure lorsque la décision d'appliquer des mesures de contrôle s'impose. Cette décision de dernier recours est exceptionnelle et la personne mise sous contention ou en isolement requiert un encadrement étroit afin de protéger son intégrité et sa vie.

Les soins et la surveillance prodigués aux personnes à qui sont appliquées des mesures de contrôle doivent être consignés au dossier de façon rigoureuse.

Comment faire cette évaluation?

L'évaluation des soins et de la surveillance s'effectue en révisant, au hasard, les dossiers de personnes à qui ont été appliquées des mesures de contrôle. Au moment de cette évaluation, il est possible de sélectionner des dossiers de personnes sous contention ou l'ayant été à des périodes antérieures.

Lors de l'évaluation, il sera nécessaire de vérifier la présence des éléments de soins et de surveillance ainsi que leur fréquence. Ces éléments peuvent se retrouver dans la note d'évolution, le formulaire d'évaluation, le plan d'interventions ou d'autres pièces considérées comme faisant partie intégrante du dossier de la personne. Normalement, on devrait y retrouver les traces des éléments suivants :

Les soins et la surveillance : Principaux paramètres	Présence au dossier (oui / non)	Fréquence des soins et de la surveillance
Réaction comportementale de la personne à l'application de la mesure		
Contrôle des signes vitaux et respiration		
Niveau de conscience		
Intégrité de la peau et circulation		
Installation correcte de la		

contention (conforme aux instructions du fabricant)		
Besoins physiques de base : hydratation, nutrition, élimination, hygiène et soins de la bouche et mobilité		
Besoins psychologiques : explication, soutien et dissipation des craintes		
Retrait de la contention et mobilisation		
Nécessité de maintenir la mesure : risque pour la personne ou pour les autres		

DOCUMENTATION

Pourquoi évaluer la documentation?

La documentation est un aspect crucial de la qualité des soins et elle est souvent négligée. À cet égard, des études québécoises ont révélé que les informations entourant l'application d'une contention ou la mise en isolement étaient souvent incomplètes, voire absentes, dans les dossiers des personnes (Durand, 1993; Roy et Authier, 2003). La qualité d'un dossier est primordiale, car elle permet aux équipes des différents quarts de travail de comprendre les raisons qui ont conduit à appliquer une contention ou à mettre en isolement une personne, de connaître l'ensemble des mesures de remplacement qui ont été tentées, d'assurer des soins et une surveillance de qualité durant un épisode de contention ou d'isolement et de favoriser la réévaluation. Par ailleurs, la documentation en matière de mesures de contrôle représente un devoir envers la personne au sens de la loi (art. 118.1 de la *LSSS*), mais aussi d'après les exigences des différents ordres professionnels (OEQ, 2004; OIIQ, 2003; OPPQ, 2004).

Comment peut-on évaluer la qualité de la documentation?

L'évaluation de la documentation s'effectue en révisant les dossiers de personnes ayant été mises sous contention ou en isolement dans une unité de soins, dans un programme ou dans l'établissement.

Dans certains milieux, notamment les milieux de soins de longue durée, cette évaluation peut être réalisée aisément en choisissant au hasard quelques dossiers de

personnes ayant été mises sous contention ou en isolement au cours d'une journée ou d'une semaine. Le choix des dossiers doit être fait en s'assurant d'une bonne représentativité des intervenants au dossier.

Lors de l'évaluation, il sera nécessaire de vérifier un ensemble d'éléments. Idéalement, un dossier, qu'il s'agisse de notes d'évolution, de formulaires d'évaluation, du plan d'interventions ou d'autres pièces considérées comme faisant partie intégrale du dossier de la personne, devrait contenir les traces des éléments suivants :

- Une description détaillée de la situation nécessitant le recours à une mesure de contrôle;
- La dénomination des mesures de remplacement tentées et les résultats obtenus à cet égard;
- La période d'application des mesures de remplacement;
- L'analyse des résultats de l'évaluation motivant l'application, le maintien ou le retrait de la mesure de contrôle;
- Les étapes entourant la prise de décision de recourir ou non à la mesure de contrôle;
- Le moyen de contention retenu (la ceinture, le gilet, les mitaines, les attaches aux poignets, etc.);
- La grandeur de la contention;
- Les parties du corps ou les endroits (chaise, lit, etc.) où la contention est utilisée;
- Les informations données à la personne, à ses proches ou à son mandataire;
- L'obtention du consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant (avec l'heure et la date);
- Les indications d'arrêt et de reprise de la mesure de contrôle retenue;
- La durée maximale d'application continue de la contention;
- Les éléments à surveiller et la fréquence des visites de surveillance;
- Les interventions de soutien à la personne et l'accompagnement requis (maintien de la communication et de la relation, changements de position, besoins physiologiques et psychologiques à satisfaire);
- Les périodes de repos sans contention;
- Les réactions physiques et psychologiques de la personne;
- Les dates de réévaluation de la situation.

Les structures de soins peuvent être évaluées en ciblant les interventions mises en place par l'établissement pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

4.1 INTERVENTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT

L'évaluation des interventions mises en place par l'établissement peut être réalisée à l'aide d'un questionnaire à faire remplir par les gestionnaires. Les éléments pouvant être pris en compte sont, entre autres : 1) les politiques et les procédures, 2) la formation, 3) les équipements et l'aménagement des lieux, 4) le soutien et les ressources fournies aux équipes soignantes, 5) le soutien aux proches et 6) l'organisation du travail.

Le tableau suivant présente quelques exemples de questions pouvant faire partie du questionnaire¹.

Tableau 3 - Exemples de questions pouvant être retenues pour l'évaluation

Politiques et procédures • Est-ce qu'une politique et une procédure en matière de mesures de contrôle ont été adoptées et diffusées à l'ensemble des gestionnaires et des équipes interdisciplinaires? • Si oui, y a-t-il une personne responsable de coordonner l'application de cette politique et de cette procédure? • Cette personne dispose-t-elle de suffisamment de temps pour s'acquitter de son mandat et remplir les obligations reliées à son rôle?
Formation • Est-ce qu'une formation portant sur les mesures de contrôle a été offerte aux médecins, infirmiers et infirmières ainsi qu'aux autres intervenants au cours de la dernière année? • Est-ce que le programme d'orientation des nouveaux employés prévoit un

¹ Pour d'autres exemples, voir Gagnon et Roy, « La contention physique », dans P. Voyer [dir.], *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 316.

volet visant les mesures de contrôle?

- Est-ce que des formations complémentaires sur les principales problématiques cliniques présentées par la clientèle comme le risque de chute, le delirium ou l'agressivité en santé mentale ont été offertes au cours de la dernière année aux membres de l'équipe?

Équipements

- Est-ce qu'un budget a été alloué pour l'achat de matériel alternatif à la contention au cours de la dernière année (ex. : achat de lits électriques, achat de civières basses, etc.)?
- Est-ce qu'un budget a été alloué pour l'achat de matériel de contention?

Soutien aux équipes soignantes

- Est-ce que des réunions d'équipe interdisciplinaires sont prévues chaque semaine pour discuter des personnes présentant des comportements d'agitation, d'errance, d'agressivité ou présentant un risque de chute?

Famille

- Est-ce que le comité des usagers de mon établissement en soins de longue durée a été sensibilisé à l'inefficacité des mesures de contrôle?
- Des moyens ont-ils été mis en place pour informer les familles et les proches sur les mesures de contrôle (ex. : dépliant d'information, session d'information, etc.)?

Organisation du travail

- Est-ce que l'organisation du travail de l'équipe est suffisamment souple pour répondre aux besoins des personnes présentant des comportements d'agitation, d'errance, d'agressivité ou présentant un risque de chute?
- Est-ce que les membres du personnel sont en nombre suffisamment élevé pour permettre une surveillance adéquate des personnes, proposer des activités occupationnelles ou récréatives, etc.?

CONCLUSION

À la fin de ce module, les gestionnaires et les cliniciens seront en mesure d'apprécier plus encore l'importance que revêt l'évaluation pour mieux accompagner un changement de pratique. Concevoir l'évaluation comme étant une partie intégrante d'un processus d'amélioration continue met davantage l'accent sur l'importance des rétroactions et sur une participation élargie de l'ensemble des intervenants directement impliqués. L'évaluation est un moyen pour fournir de l'information utile aux gestionnaires, aux cliniciens et aux équipes afin qu'ils soient en mesure de décider des stratégies à mettre en place pour poursuivre leurs efforts d'amélioration continue de la qualité.

RÉFÉRENCES

- BEAUCAGE, C., Y. BONNIER VIGER et R. D'AMOURS, *Épidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1996, 550 p.
- DONABEDIAN, A., « The Quality of Care : How Can It Be Assessed? », dans *Journal of the American Medical Association*, vol. CCLX, n° 12 (23-30 septembre 1988), p. 1743-1748.
- DURAND, Pierre J., *Concordance entre la déclaration et l'observation de la contention physique en soins de longue durée*, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 1993, 63 f.
- GAGNON, R. et O. ROY, « La contention physique », dans P. VOYER [dir.], *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.
- MÉNARD, G. et R. GRENIER, *Contention et isolement : normes et critères de la qualité des soins et services*, Montréal, Éditions Décarie, 2004, 135 p.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OEQ, 2004, 40 p.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant Le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003, 109 p.
- ORDRE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*, lieu, édition, 2004, 54 p.
- ROY, O. et M. AUTHIER, *Étude de la documentation infirmière en lien avec les mesures de contrôle*, Étude non publiée, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mars 2003.

VOYER, P., *Projet de recherche : Le delirium chez les aînés atteints de déficits cognitifs et hébergés dans les milieux de soins de longue durée*. Document de collecte de données. Subvention du Fonds de la Recherche en Santé du Québec., 2004.

3.3 Problématiques cliniques



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

3.3 PROBLÉMATIQUES CLINIQUES

Le recueil de problématiques cliniques vous renseigne avant tout sur les phénomènes qui sont les plus fréquents et qui sont présentement parmi les principales raisons de l'application de la contention physique et de l'isolement dans les milieux de santé. C'est à partir de ces documents qu'il vous sera possible de concevoir des formations complémentaires à l'aide du gabarit proposé.

Ce recueil contient les éléments de contenu qui suivent :

- la définition de la problématique en cause;
- les motifs qui incitent à s'en préoccuper (pertinence, prévalence et conséquences);
- la situation sur le terrain;
- les préjugés et croyances reliés à cette problématique;
- les résultats des recherches récentes;
- les orientations, les interventions /mesures de remplacement pouvant supporter le changement de pratique.

Ces modules peuvent faire l'objet d'une formation de 90 minutes sur chacune des problématiques cliniques, mais ils peuvent également comprendre un deuxième volet de mise en application clinique à l'aide des vignettes développées à cet effet.

Problématiques cliniques

- Problématique clinique sur l'agressivité
- Problématique clinique sur les chutes
- Problématique clinique sur le delirium
- Problématique clinique sur l'errance
- Problématique clinique sur l'interférence aux traitements
- Problématique clinique sur les comportements perturbateurs



Problématique clinique

L'agressivité

Catherine Sarrazin

Michel Fréchette

Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITION	4
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	6
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	7
LE SAVIEZ-VOUS?	8
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	10
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	11
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	22
VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE	23
RÉFÉRENCES	24



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est d'amener le formateur à comprendre le phénomène de l'agressivité qui constitue une des principales raisons de l'application de la contention physique et de l'isolement, bien que ces moyens entraînent des conséquences néfastes.

Le module met en évidence l'importance de l'évaluation du potentiel d'agressivité et du plan d'interventions dans la prévention de l'escalade de l'agressivité, la gestion des comportements d'agressivité et la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle.

Ce module permet aussi de comprendre que la mise en place d'un programme de gestion des comportements agressifs est déterminante pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

LE MODULE AGRESSIVITÉ EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Le phénomène de l'agressivité, ses conséquences et l'efficacité des mesures de contrôle.
- La situation actuelle sur le terrain.
- Les fausses croyances relatives au phénomène de l'agressivité.
- Les données probantes et les résultats de recherche sur le sujet.
- Le changement de pratique :
 - Évaluation et recherche des causes;
 - Propositions d'interventions en vue d'établir un plan d'interventions individualisé;
 - Réévaluation.



DÉFINITION

AGRESSIVITÉ

Dans les écrits, certains auteurs parlent d'agressivité tandis que d'autres utilisent le terme violence. Dans ce module, l'agressivité est le terme privilégié.

- L'agressivité est l'expression comportementale d'une pulsion (Millaud, Roy, Gendron, et *alii*, 1992) reliée à la survie, à la combativité. C'est un comportement fondamental commun à l'animal et à l'humain. Face à une menace, à un danger, l'organisme mobilise ses ressources pour la fuite ou le combat. Les structures cérébrales sous-corticales sont à l'origine des émotions fondamentales telles la colère et l'agressivité. Ces structures sont normalement sous l'influence et le contrôle du cortex cérébral; particulièrement du cortex frontal. C'est grâce à ce contrôle cortical que les émotions fondamentales sont modulées, raffinées et inhibées.

Les personnes dont le fonctionnement du cortex frontal est altéré sont susceptibles de manifester plus de comportements agressifs.

L'abus d'alcool entraîne souvent une désinhibition corticale frontale et conséquemment, provoque des émotions mal contrôlées dont l'agressivité.

Certaines psychopathologies telle la psychose paranoïaque ou maniaque sont également associées à une augmentation de l'irritabilité et de l'agressivité due à une hyperactivité limbique sous-corticale.

Chez les personnes souffrant de traumatisme cérébral, de delirium ou de démence, l'atteinte corticale entraîne une désinhibition et une moindre capacité à interpréter correctement les situations. Ainsi, les actions d'un intervenant peuvent être perçues comme une agression et peuvent entraîner une réaction combative et aggressive.

- Le comportement d'agressivité est le résultat de sentiments de colère ou de peur (Hamolia, 2001). Cette colère ou cette peur surviennent généralement à la suite de la perception d'une menace qui peut être soit interne (sentiment d'échec au travail, perception de perdre l'amour des autres, peur d'une

maladie physique), soit externe (subir une attaque physique, perdre une relation significative, être la cible de critiques).

- Les comportements d'agressivité se manifestent par une escalade dans l'intensité de la réaction de la personne. La violence correspond à la finalité du processus qui comprend différents niveaux (Keely, 2002). Plusieurs classifications existent pour identifier les différents niveaux. Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1999) identifie cinq niveaux distincts pour lesquels elle associe des manifestations cliniques (comportements verbaux et non verbaux) que la personne peut présenter.

Niveaux d'agressivité ou de violence (OMS, 1999)

1	Excès de langage et cris
2	Menaces verbales
3	Agression envers des biens
4	Agression physique envers les personnes
5	Violence extrême et/ou préméditée impliquant l'utilisation d'une arme



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

- Il existe de nombreuses situations de la vie quotidienne qui peuvent représenter une menace à l'intégrité physique ou psychologique et déclencher des réactions d'agressivité, par exemple l'annonce d'un diagnostic de cancer.
- Même si les comportements agressifs sont souvent associés aux soins psychiatriques, ils se produisent de plus en plus fréquemment en pédiatrie, en médecine, en chirurgie, à l'urgence, en gériatrie et en soins de longue durée.
- L'agressivité est une des principales causes de mise sous contention ou de mise en isolement (Palazzolo, Favre, Vittini, *et alii*, 2001; The Joanna Briggs Institute, 2002).
- Si les signes précurseurs que présente la personne ne sont pas reconnus, la situation peut dégénérer et la réaction agressive peut augmenter en intensité. Il sera alors plus difficile d'éviter l'utilisation de mesures de contrôle.
- Les comportements agressifs engendrent des blessures physiques et psychologiques chez les personnes et les intervenants ainsi que des coûts pour les établissements.

LE SAVIEZ-VOUS ?

MYTHE : Les comportements agressifs sont toujours associés à des troubles mentaux.

Faux.

Des manifestations d'agressivité peuvent être déclenchées par plusieurs problématiques de nature physique telles qu'un trauma crânien, un déséquilibre électrolytique, des infections comme le VIH ou la syphilis, des convulsions, la maladie d'Alzheimer, etc. (Sullivan, Bezmen, Barron, *et alii*, 2005).

MYTHE : Les personnes agressives présentent toujours des signes précurseurs avant une escalade des comportements d'agressivité, donc ces comportements sont prévisibles.

Faux.

Des manifestations de comportements agressifs peuvent surgir sans signes précurseurs (manifestations verbales ou physiques) chez la personne, et ce, malgré l'adoption de mesures préventives appropriées (Wright, 2003).

MYTHE : Il ne faut jamais utiliser de mesures de contrôle pour gérer les comportements d'agressivité, et ce, peu importe la clientèle.

Faux.

Le recours à la contention ou à l'isolement peut s'avérer un moyen de dernier recours pour gérer un comportement d'agressivité dans le but de protéger la personne elle-même, mais aussi les autres comme les intervenants, et ce, autant pour la clientèle adulte que pédiatrique (Busch et Shore, 2000). Dans certaines situations, l'utilisation de l'isolement peut être une mesure de contrôle servant à éviter la contention. En effet, si la personne peut circuler dans la chambre d'isolement, cela est moins contraignant et moins pénible que d'être attachée à un lit.

MYTHE : Comme intervenant, on ne peut rien faire contre l'agressivité.

Faux.

Plusieurs interventions peuvent être réalisées par les intervenants pour prévenir ou gérer les comportements d'agressivité. Ces différentes stratégies d'intervention sont présentées dans la section « Pour un changement de pratique » (National Institute for Clinical Excellence, 2005).



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

- Certains intervenants ont de la difficulté à reconnaître les signes précurseurs d'un comportement d'agressivité; ils n'ont pas toujours les connaissances et les habiletés appropriées pour prévenir ou gérer une escalade de l'agressivité.
- Pour aider leur personnel à mieux faire face aux situations d'agressivité, les établissements investissent dans la formation. Certains milieux ont développé une formation dite « maison » tandis que d'autres ont adhéré à des programmes de formation déjà existants tels que NAPI ou Oméga (ASSTSAS, 1999).
- Certaines équipes de travail ont développé une culture qui favorise une meilleure prévention ou gestion des comportements d'agressivité en créant par exemple des activités thérapeutiques qui répondent aux besoins de leur clientèle.
- Différents programmes de formation axés sur la gestion des comportements d'agressivité ont été développés pour répondre aux besoins spécifiques de certaines personnes notamment les personnes atteintes de démence, les déficients intellectuels et les traumatisés crâniens.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

- La réduction des comportements d'agressivité passe par l'évaluation et la gestion des risques entourant les comportements d'agressivité (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).
- Les établissements de santé dispensant des soins et des services à une clientèle psychiatrique devraient se munir d'une politique prévoyant la formation de leurs employés sur la gestion des comportements d'agressivité (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).
- L'utilisation de la contention et de l'isolement devrait être considérée uniquement lorsque les stratégies psychosociales telles que les techniques pour contrer l'escalade de l'agressivité et la médication psychotrope n'ont pas permis de calmer la personne (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).
- Une formation adéquate sur la gestion des comportements d'agressivité destinée aux intervenants permet non seulement de mieux intervenir auprès de cette clientèle, mais aussi de diminuer les risques de blessure physique et de réduire l'utilisation des mesures de contrôle (Palazzolo, Favre, Vittini, et alii, 2001; Morton, 2002; Busch et Shore, 2000).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Différentes stratégies peuvent être utilisées pour soutenir un changement de pratique quant à la gestion des comportements d'agressivité. Ce changement doit se faire à deux niveaux : au chevet de la personne et au sein de l'établissement.

AU CHEVET

Une gestion optimale des comportements d'agressivité passe tout d'abord par une évaluation judicieuse des facteurs de risque et surtout des signes précurseurs. Aussi, différentes stratégies d'interventions peuvent aider les intervenants à mieux gérer les risques et les comportements d'agressivité. Finalement, une réévaluation du risque d'agressivité s'impose pour s'assurer de l'efficacité des interventions retenues afin que la personne soit en mesure de se contrôler et d'éviter une escalade de l'agressivité.

1. ÉVALUATION DU POTENTIEL D'AGRESSIVITÉ ET RECHERCHE DES CAUSES ASSOCIÉES

Même si certaines manifestations de comportements agressifs peuvent survenir sans signes avant-coureurs, l'évaluation du potentiel d'agressivité est une étape charnière essentielle et elle se réalise à deux niveaux, soit l'évaluation des facteurs de risque et l'évaluation des signes précurseurs (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).

Facteurs de risque :

Certaines caractéristiques personnelles et environnementales peuvent indiquer une propension plus grande chez l'individu à adopter un comportement d'agressivité. Les facteurs de risque sont donc des facteurs qui prédisposent à l'agressivité. La connaissance de ces facteurs peut être utile au dépistage des personnes à risque de présenter des comportements d'agressivité.

Une liste des différents facteurs de risque est présentée en annexe. Parmi l'ensemble de ces facteurs, les antécédents d'agressivité ou de violence semblent être les meilleurs éléments prédictifs d'une manifestation d'agressivité (Tardiff, 1998).

Certains auteurs ont quant à eux tenté de déterminer quelle clientèle psychiatrique était la plus susceptible de présenter des comportements d'agressivité. Les résultats de ces études suggèrent deux groupes : les personnes présentant des symptômes psychotiques actifs et celles qui ont un problème d'abus de substances.

Signes précurseurs

Certaines manifestations cliniques peuvent être interprétées comme des signaux d'alarme pour prévenir les intervenants qu'une escalade des comportements agressifs est en cours (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Certains signes précurseurs sont des manifestations que l'on peut observer ou objectiver dans le comportement de la personne ou par la modification de paramètres physiologiques. D'autres signes nécessitent que l'intervenant porte attention aux propos de la personne afin d'identifier ou de confirmer, entre autres, ce que cette dernière ressent (émotion) et ce qu'elle pense (cognition). Le tableau suivant présente ces différents signes et symptômes. Il est à noter que si ces signes et symptômes sont pris isolément, ils peuvent être confondus avec une manifestation d'agitation ou l'expression d'anxiété.

Signes avant-coureurs d'une manifestation d'agressivité

(National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005; Hamolia, 2001)

Dimension comportementale

- Expression faciale tendue et irritée.
- Augmentation ou prolongement de l'agitation psychomotrice ou, au contraire, arrêt soudain de l'activité psychomotrice.
- Augmentation du volume et du débit verbal.
- Contact visuel prolongé ou, au contraire, évitement du regard.
- Menaces verbales ou comportementales.
- Similarité entre les comportements présentés et ceux manifestés lors d'un épisode précédent d'agressivité.

Dimension physique

- Modification de paramètres physiologiques : augmentation de la fréquence respiratoire et cardiaque, augmentation des contractions musculaires et dilatation des pupilles.

Dimension émotionnelle

- Expression de sentiments de colère, d'hostilité, d'anxiété extrême ou d'irritabilité.
- Labilité de l'affect.
- Euphorie excessive et inappropriée.

Dimension cognitive

- Processus de la pensée peu clair.
- Hallucination ou illusion dont le contenu est violent.
- Présence de confusion, de désorientation ou altération de la mémoire.

Carson et Alvarez (2006) proposent un guide pratique pour l'évaluation du potentiel d'agressivité. Ce guide pratique comporte sept éléments :

- I. Les antécédents d'agressivité ou de violence de la personne sont les meilleurs éléments prédictifs d'une manifestation future d'agressivité.
- II. Les personnes hyperactives, impulsives et facilement irritables sont plus à risque de présenter des comportements d'agressivité.
- III. L'évaluation du potentiel de violence, c'est-à-dire d'agressivité **délibérée et intentionnelle**, peut se faire à l'aide des questions suivantes :
 - a. Est-ce que la personne a le désir ou l'intention de faire du mal?
 - b. Est-ce que la personne a un plan?
 - c. Est-ce que la personne a les moyens de mettre son plan à exécution?
 - d. Est-ce que la personne présente les caractéristiques personnelles (facteurs de risque) suivantes : homme, âgé entre 14 et 24 ans, niveau socio-économique inférieur, soutien social pauvre.
- IV. Les manifestations d'agressivité surviennent souvent dans un contexte thérapeutique d'encadrement de la clientèle et d'établissement des limites.
- V. Les personnes qui ont des habiletés d'adaptation limitées (par exemple une faible affirmation de soi) et qui ont tendance à recourir à l'intimidation sont plus à risque de présenter des manifestations d'agressivité.
- VI. L'évaluation des situations qui déclenchent chez la personne une réaction d'impatience ou d'irritation est essentielle afin d'éviter une escalade de l'agressivité.
- VII. Comme intervenant, vous devez évaluer votre compétence lorsque vous vous retrouvez dans des situations difficiles. Demandez assistance à vos collègues si nécessaire.

2. PLAN D'INTERVENTIONS

Les stratégies d'interventions visant à prévenir et à gérer les manifestations d'agressivité sont nombreuses et elles impliquent à la fois l'aménagement physique,

la personne et les intervenants. Aussi, on s'attend de plus en plus à ce que la personne fasse partie intégrante de son processus thérapeutique. Par conséquent, l'écoute de son point de vue et la considération de sa perception sont des facteurs importants à considérer dans la gestion des comportements d'agressivité et aussi dans l'identification des stratégies d'intervention.

Aménagement physique

L'environnement physique et thérapeutique dans lequel les soins sont dispensés doit être adapté aux patients. Dans un contexte de dispensation de soins à une personne présentant des comportements d'agressivité, il est donc important que l'environnement soit sécuritaire (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). On entend par environnement sécuritaire qu'il soit exempt d'objets pouvant représenter une arme potentielle. Dans notre environnement de travail, plusieurs objets que l'on croit inoffensif ou insignifiant peuvent servir d'armes potentielles. Pour vous sensibiliser à cette réalité, le tableau qui suit présente une liste non exhaustive d'objets pouvant représenter une arme potentielle.

Objets représentant une arme potentielle

• Objets coupants : canif, coupe-papier, couteau, morceau de verre • Allumettes • Briquets • Ustensiles • Pilules	• Sac de plastique • Ceinture • Corde • Lame de rasoir • Lacets • Etc.
---	--

La personne

Enseignement à la personne et activités thérapeutiques :

Plusieurs personnes ont de la difficulté à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent. Ils éprouvent de la difficulté, d'une part, à identifier leurs sentiments, leurs besoins et leurs désirs et, d'autre part, à les communiquer aux autres. L'enseignement à cette clientèle doit donc porter, entre autres, sur la communication et sur les moyens positifs et appropriés d'exprimer leur colère (Hamolia, 2001). Cette stratégie vise donc à prévenir les manifestations physiques d'agressivité (Sullivan, Bezmen, Barron, *et alii*, 2005). Différentes activités physiques, cognitives, sociales, environnementales ou spirituelles pouvant être proposées et enseignées à la clientèle sont présentées au tableau suivant (Hamolia, 2001; Sullivan, Bezmen, Barron, *et alii*, 2005).

Exemples de moyens positifs d'expression de la colère

Activités physiques

- Faire des exercices physiques.
- Faire des exercices de respiration.
- Prendre une marche.

Activités cognitives

- Écrire sur ses sentiments.
- Lire.
- Compter lentement jusqu'à 50.

Activités sociales

- Parler avec un ami ou un intervenant.
- Téléphoner.

Activités environnementales

- Écouter de la musique.
- Diminuer les stimulations (lumière, bruits).
- Sortir à l'extérieur.

Activités spirituelles

- Faire de la méditation.
- Prier (etc.).

Surveillance et alliance thérapeutique

Une augmentation du niveau de surveillance de la personne ou une diminution du ratio *intervenant : client* peuvent être des stratégies à privilégier à court terme (Fenton, Bowers, Jones, et alii, 2005). Il peut s'agir aussi bien d'augmenter la fréquence des observations que d'affecter en permanence un intervenant auprès d'un client afin d'assurer une surveillance constante ou continue. Cette surveillance accrue permet plus aisément de déceler tout changement dans le comportement de la personne.

La surveillance d'une personne qui présente un risque d'agressivité va au-delà de la simple observation. Elle implique aussi l'établissement d'une alliance ou d'un lien de confiance avec la personne. En ce sens, certains auteurs ont mis en évidence le fait que la qualité du lien thérapeutique entre l'intervenant et le patient peut influencer l'escalade de comportements agressifs (Beauford, McNiel et Binder, 1997).

Techniques et stratégies de désescalade de l'agressivité

Les intervenants aux prises avec une clientèle potentiellement agressive peuvent utiliser différentes techniques psychosociales et stratégies de communication verbale

et non verbale afin de prévenir ou de contrer l'escalade de l'agressivité. Ces techniques et stratégies sont basées sur des valeurs de respect et d'empathie (Cowin, Davies, Estall, *et alii*, 2003).

Elles peuvent être divisées, pour les fins de ce module, en deux catégories : les stratégies et techniques de base ainsi que les stratégies et techniques plus avancées. Seules les stratégies et techniques de base sont présentées ici. Celles plus avancées requièrent des connaissances, des habiletés et des attitudes plus spécifiques qui nécessitent une formation plus poussée.

Certaines techniques et stratégies bénéfiques peuvent être utilisées en prévention, c'est-à-dire avant que l'on remarque une escalade de l'agressivité chez la personne (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005; Carson et Alvarez, 2006; Cowin, Davies, Estall, *et alii*, 2003; Petit, 2005). Le tableau qui suit en présente plusieurs.

STRATÉGIES ET TECHNIQUES DE PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS AGGRESSIFS

- Approcher la personne avec précaution, c'est-à-dire en gardant une distance raisonnable, pour respecter l'espace vital de la personne.
- Ne pas surprendre la personne ou la faire sursauter lorsqu'on entre en relation avec elle, établir d'abord un contact visuel puis verbal.
- Éviter de confronter ou de provoquer la personne, si possible.
- Être conscient de ses propres expressions faciales et de sa posture (ex. : éviter d'avoir les bras croisés).
- Être calme.
- Utiliser un langage et un ton de voix respectueux.
- Poser des questions ouvertes qui permettent à la personne de verbaliser ce qu'elle ressent.
- Éviter de faire des promesses si vous n'êtes pas assuré de pouvoir les honorer.
- Demander à la personne de vous remettre tout objet potentiellement dangereux (voir la section sur l'environnement physique).
- Repérer l'emplacement des portes de sortie dans l'éventualité où vous auriez à sortir rapidement de la pièce.
- Éviter d'adopter des positions vulnérables comme tourner le dos à la personne.
- Utiliser la distraction (voir la section sur l'enseignement et les activités

thérapeutiques).

- Être affirmatif sans être autoritaire.

D'autres techniques et stratégies que l'on appelle plus communément les techniques de *désescalade de l'agressivité* visent, quant à elles, à résoudre graduellement une situation présentant un potentiel d'agressivité (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005; Cowin, Davies, Estall, et alii, 2003). Toutes les techniques présentées dans le tableau précédent sont aussi valables pour la gestion d'une manifestation de l'agressivité. D'autres techniques propres à la désescalade peuvent être adoptées par les intervenants. Quelques techniques de désescalade (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 ; Carson et Alvarez, 2006 ; SWAHS, 2001) de base sont présentées au tableau suivant.

TECHNIQUES DE DÉSESCALADE

- Intervenir le plus tôt possible afin de prévenir l'escalade.
- S'assurer que les autres intervenants avec qui l'on travaille sont disponibles et savent ce qui se passe.
- Parler calmement et clairement en utilisant des phrases courtes.
- Exprimer clairement à la personne ce qu'on attend d'elle.
- **Reconnaître les émotions exprimées par la personne.**
- Négocier tant qu'on le peut et toujours laisser un choix avantageux à la personne.
- Garder une distance psychologique avec les événements, c'est-à-dire ne pas se sentir personnellement concerné par l'agressivité verbale et/ou physique exprimée par la personne.
- **Connaître ses propres limites** afin de ne pas se mettre ou mettre ses collègues en danger.

Utilisation de la médication psychotrope chez la personne agressif

Le traitement pharmacologique est habituellement associé aux stratégies visant à réduire l'escalade de l'agressivité. La médication est offerte à la personne afin de l'aider à retrouver la maîtrise de ses pulsions agressives. Autant que possible, on doit proposer un choix de médicaments et de voies d'administration à la personne, ce qui lui permet de préserver sa liberté de choisir.

Les choix proposés doivent d'abord être discutés par les membres de l'équipe de soins; toute ambiguïté est ainsi dissipée. La cohésion de l'équipe est essentielle.

La personne qui choisit la voie orale volontairement a de bonnes chances de préserver sa dignité et de se sentir en contrôle d'elle-même. Lorsque l'administration intramusculaire est inévitable, il est souhaitable que l'équipe d'intervention soit en nombre suffisant et qu'elle soit expérimentée afin de procéder rapidement et efficacement.

La médication la plus souvent utilisée consiste en l'injection intramusculaire d'un neuroleptique combiné à une benzodiazépine. L'halopéridol (Haldol) et le lorazépam (l'Ativan) sont les plus utilisés.

Lorsque la personne accepte une médication orale, on peut utiliser l'halopéridol mais aussi l'olanzapine (Zyprexa), la rispéridone (Risperdal) ou même l'acide valproïque (Épival) en combinaison ou non avec le lorazépam ou le clonazépam (Rivotril).

Les intervenants

Retour postévénement :

Dans toutes les situations conduisant à une escalade de l'agressivité et tout particulièrement pour celles qui ont nécessité le recours à des mesures de contrôle, le retour postévénement est nécessaire (Carson et Alvarez, 2006). Premièrement, il permet aux intervenants de s'interroger sur la qualité des soins qu'ils ont donnés et, deuxièmement, il leur permet de s'interroger sur leurs interventions auprès de la personne pour ainsi ajuster plus adéquatement leur plan d'interventions interdisciplinaire dans le but de prévenir une prochaine escalade.

3. RÉÉVALUATION

La réévaluation permet aux intervenants de définir l'efficacité des interventions mises en place en déterminant les interventions qui ont permis de prévenir des manifestations d'agressivité et celles qui n'ont pas donné les résultats escomptés.

Dans une situation où la personne serait en isolement ou sous contention, l'évaluation de l'état mental (voir le module *Soins et surveillance*) permettrait une appréciation plus juste de l'évolution de la situation clinique.

Au sein de l'établissement

Formation sur la gestion des comportements d'agressivité

Les intervenants qui sont appelés à intervenir auprès d'une clientèle à risque de présenter des comportements d'agressivité ont besoin de développer des habiletés spécifiques à la gestion de ces comportements. Les intervenants ont aussi besoin d'utiliser une façon d'intervenir uniforme afin de favoriser une cohésion au sein de l'équipe interdisciplinaire. Une formation complète doit donc permettre aux intervenants d'acquérir des connaissances, des habiletés et un langage commun pour les amener à identifier les signes précurseurs d'agressivité et de désamorcer cette escalade (Morton, 2000).

Investissement dans l'aménagement du milieu physique et thérapeutique

Tel que mentionné précédemment, l'environnement physique et thérapeutique dans lequel les soins sont dispensés doit être sécuritaire (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).

Pour rendre les milieux de soins les plus sécuritaires possible et les mieux adaptés aux besoins de leurs clientèles, les établissements de santé peuvent soutenir leurs intervenants en adoptant certaines stratégies structurales. Voici quelques moyens qui peuvent être adoptés par les établissements :

- Les fenêtres et les portes sont sécuritaires et respectent les normes établies;
- Les chambres pour une seule personne sont disponibles en nombre suffisant;
- Des chambres d'observation sont disponibles;
- Une réduction des stimuli excessifs (bruit, circulation, lumière intense) est préconisée.

Qualité des soins et des services

Les établissements se doivent de mettre en place des moyens pour favoriser, d'une part, le développement et le maintien d'un climat respectueux et paisible et, d'autre part, la dispensation de soins et de services efficaces et appropriés. Ces stratégies peuvent, entre autres, inclure les moyens suivants :

- Les intervenants sont compétents;
- La routine peut être adaptée aux besoins individualisés des personnes (et non pas l'inverse);

- Le fonctionnement de l'équipe et la communication entre ses membres sont efficaces;
- Le respect et la dignité des personnes sont valorisés;
- Les activités thérapeutiques et récréatives sont suffisantes.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Identifier le plus tôt possible les signes avant-coureurs pour éviter l'escalade des comportements d'agressivité.
- Donner des moyens à la personne pour lui permettre d'exprimer ses sentiments de façon plus positive.
- Il est impératif que les intervenants qui ont à travailler auprès d'une clientèle pouvant présenter des comportements d'agressivité aient l'opportunité de développer des habiletés spécifiques à la gestion de ces comportements.
- Chez les personnes souffrant de delirium ou de démence, les comportements agressifs surviennent parfois sans qu'on puisse identifier de facteur déclencheur. Le plus souvent cependant, ce sont des situations précises qui déclenchent les comportements agressifs. Les soins d'hygiène en sont un exemple. Un autre exemple est la situation de frustration que vit le patient lorsqu'on l'empêche de circuler librement.
- Les techniques d'apaisement et de diversion sont bien souvent efficaces, mais elles demandent patience et persévérance de la part des intervenants. Parmi les médicaments psychotropes, ce sont sans aucun doute les neuroleptiques qui sont les plus efficaces pour atténuer l'agressivité.

VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE _____

Le formateur pourra utiliser les vignettes sur l'agressivité.

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION PARITAIRE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU SECTEUR AFFAIRES SOCIALES (ASSTSAS), « Formation Oméga », Montréal, ASSTSAS, 1999.
- BUSCH, A. B. et M. F. SHORE, « Seclusion and restraints : A review of recent literature », dans *Harvard Review Psychiatry*, vol. VIII, n° 5 (novembre 2000), p. 261-270.
- CARSON, Verna Benner et Carrol ALVAREZ, « Anger and aggression », dans Elizabeth M. VARCAROLIS, Verna Benner CARSON et Nancy Christine SHOEMAKER, *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : a Clinical Approach*, St. Louis, Saunders/Elsevier, 2006.
- COWIN, L., R. DAVIES, G. ESTALL, *et alii*, « De-escalating aggression and violence in the mental health setting », dans *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. XII, n° 1 (mars 2003), p. 64-73.
- FENTON, M., L. BOWERS, J. JONES, *et alii*, « Containment strategies for those with serious mental illness (Protocol) », dans *The Cochrane Library*, n° 4 (2005).
- HAMOLIA, C. D., « Preventing and managing aggressive behavior », dans G. W. STUART et M. T. LARAIA, *Principles and practice of psychiatric nursing*, St. Louis, Mosby, 2001, 915 p.
- KEELY, Beth R., « Recognition and Prevention of Hospital Violence », dans *Dimensions of Critical Care Nursing*, vol. XXI, n° 6 (novembre/décembre 2002), p. 236-241.
- MILLAUD, F., R. ROY, P. GENDRON, *et alii*, « Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques », dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. XXXVII, n° 9 (1992), p. 608-615.

- MORTON, P. G., « An evolution in interdisciplinary competencies to prevent and manage patient violence », dans *Journal for Nurses in Staff Development*, vol. XVIII, n° 1 (janvier/février 2002), p. 41-47.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE),
« Violence : The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments », *Clinical Guideline 25*, Londres, NICE, 2005.
- PALAZZOLO, J., P. FAVRE, P. VITTINI, *et alii*, « Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : Bilan et perspectives », dans *L'Encéphale*, vol. XXVII, n° 6 (2001), p. 570-577.
- PETIT, J. R., « Management of the acutely violent patient », dans *Psychiatric Clinics of North America*, vol. XXVIII, n° 3 (septembre 2005), p. 701-711.
- SULLIVAN, A. M., J. BEZMEN, C. T. BARRON, *et alii*, « Reducing restraints : Alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service – utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient », dans *Psychiatric Quarterly*, vol. LXXVI, n° 1 (mars 2005), p. 51-65.
- SYDNEY WEST AREA HEALTH SERVICE (SWAHS), « The de-escalation kit », Liverpool, Fairfield and Liverpool Division of Mental Health, 2001.
- TARDIFF, K., « Prediction of violence in patients », dans *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, vol. IV (1998), p. 12-19.
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, « Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities », dans *Best practice : Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, vol. VI, n° 3 (2002).
- NATIONAL LIBRARY FOR HEALTH (NHS), *Mental Health Specialist Library*, [en ligne]. <http://www.library.nhs.uk/mentalhealth/> [page consultée le 15 août 2006].
- WRIGHT, S., « Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: A critical review », dans *Medical Science & Law*, vol. XLIII, n° 1 (2003), p. 31-38.

Liste des facteurs de risque

Sullivan, Bezmen, Barron, Rivera, Curley-Casey et Marino (2005)

Caractéristiques personnelles

- *Facteurs sociodémographiques :*
 - Homme;
 - Célibataire;
 - Absence d'emploi;
 - Soutien social de pauvre qualité ou inexistant.
- *Antécédents de violence ou d'agressivité :*
 - Histoire de comportements perturbateurs ou d'agressivité;
 - Histoire d'abus dans l'enfance;
 - Histoire de consommation abusive d'alcool ou de substances illicites;
 - Utilisation d'armes dans le passé;
 - Histoire de comportements impulsifs dangereux;
 - Sévérité des actes posés;
 - Minimisation ou déni de l'existence ou de la sévérité des actes posés;
 - Menace verbale d'agressivité.
- *Données cliniques :*
 - Consommation abusive actuelle d'alcool ou de substances illicites;
 - Manifestations cliniques de la consommation d'alcool ou de substances illicites;
 - Symptômes psychotiques actifs tels que :
 - délire ou hallucination projetés sur une personne en particulier;
 - hallucinations; (mandatoires)
 - agitation, méfiance et hostilité manifestes;
 - collaboration au traitement mitigée ou absente;
 - (trouble de la personnalité antisociale ou trait de la personnalité impulsif) trouble de la personnalité (personnalité antisociale) ou trait de personnalité (personnalité impulsive);
 - dysfonction ou trouble organique;
 - etc.
 - Problématiques d'ordre physique telles que :
 - trauma crânien;
 - (déséquilibre) déséquilibre électrolytique;
 - infections comme le VIH ou la syphilis;
 - convulsions;
 - maladie d'Alzheimer;
 - etc.

Caractéristiques environnementales

- Disponibilité immédiate d'une arme potentielle;
- Milieu thérapeutique peu ou pas structuré;
- Attitude de l'intervenant perçue comme étant provocatrice;
- Incertitude des intervenants quant à leur rôle;
- Ratio intervenant/personne (client) inadéquat (trop élevé ou trop faible);
- Durée de l'hospitalisation.



Problématique clinique

Les chutes

Odette Roy
Silviana Mauro
Sylvie Garon
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITION	4
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	5
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	9
LE SAVIEZ-VOUS?	13
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	16
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	19
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	28
VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE	29
RÉFÉRENCES	30



INTRODUCTION

BUT

Ce module traite du phénomène de la chute comme étant l'une des principales raisons de l'application de la contention bien que cette stratégie soit rarement efficace pour réduire les risques de chute et de blessure.

Ce module met en évidence l'importance de l'évaluation et de la recherche des causes, du plan d'interventions et de la réévaluation dans la prévention ou la réduction du risque de chute ainsi que dans la réduction de l'utilisation de la contention.

Ce module permet aussi de comprendre que la mise en place d'un programme de prévention des chutes est déterminante pour préserver la dignité et l'autonomie de la personne ainsi que pour réduire l'utilisation de la contention.

LE MODULE *CHUTE* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Le phénomène de la chute, ses conséquences et l'inefficacité des mesures de contrôle;
- La situation actuelle sur le terrain;
- Les fausses croyances relatives à la chute et à l'efficacité de la contention;
- Les données probantes et les résultats de recherche sur le sujet;
- Le changement de pratique :
 - Évaluation et recherche des causes;
 - Propositions d'interventions en vue d'établir un plan d'interventions
 - Individualisé;
 - Réévaluation.

- L'importance d'un programme de prévention des chutes dans un établissement et son implantation.



DÉFINITION

CHUTE :

Une chute est le fait de tomber par inadvertance sur le sol ou à un autre niveau inférieur avec ou sans perte de conscience (Thapa, Borckman, Gideon, *et alii*, 1996; Zisselman et Robinson, 1998).



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER ?

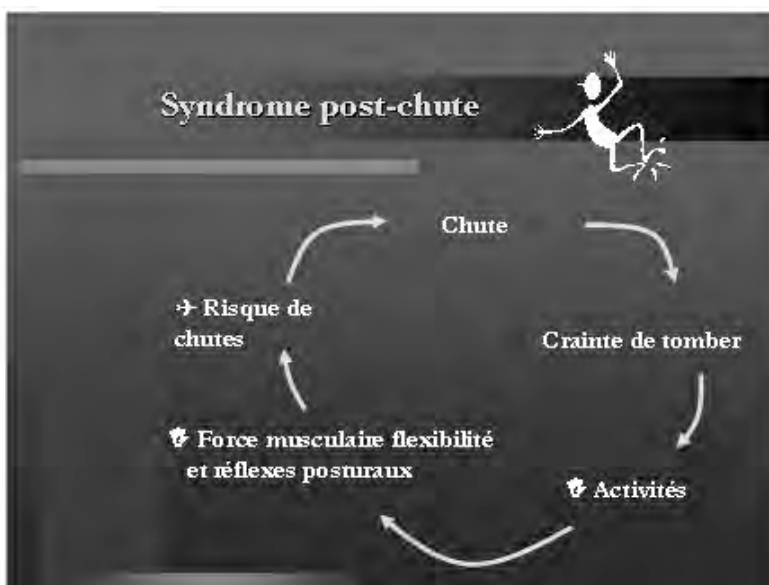
LA CHUTE ET LA CONTENTION : DES LIENS À FAIRE POUR S'EN DÉFAIRE!

Que ce soit dans les centres d'hébergement de courte durée, de longue durée ou de réadaptation, la chute représente la principale raison évoquée par le personnel pour justifier l'application de la contention chez les personnes.

LE CERCLE VICIEUX DE LA CHUTE/CONTENTION : L'IMMOBILISATION

L'immobilisation constitue l'ennemi numéro UN des établissements de santé. En plus d'être inefficace pour prévenir les chutes, l'application de la contention provoque des effets désastreux. Ces effets sont encore plus délétères lorsque la contention se prolonge durant une longue période.

En effet, l'immobilité des personnes provoque une atrophie musculaire, une diminution de la force musculaire et un déconditionnement. L'immobilité accentue également le processus de déminéralisation osseuse et les risques de fracture qui y sont associés (Hart, Birkas, Lachmann, *et alii*, 2002). La perte d'autonomie qui en découle génère une attitude de surprotection en plus d'augmenter la nécessité et la durée de l'hébergement d'une clientèle déjà vulnérable.



Réf. : Roy et Racine, 2002

LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DES CHUTES

Saviez-vous qu'au Canada, les chutes représentent une des six principales causes de décès chez les personnes âgées vivant dans la communauté ou en établissement (RNAO, 2005)

Chaque année, dans la communauté, le tiers des gens âgés de plus de 65 ans font une chute et la moitié d'entre eux tombe plus d'une fois. On estime que 25 % des admissions à l'hôpital sont liées à une chute. Quarante pour cent des admissions dans les centres d'hébergement résultent également d'une chute.

Dans les hôpitaux, la chute représente de 70 à 80 % de tous les accidents (Zisselman et Robinson, 1998).

La majorité des personnes qui chutent dans les établissements de courte durée est âgée de plus de 65 ans (Halfon, Eggli, Van Melle, et *alii*, 2001).

L'incidence des chutes est trois fois plus grande chez les personnes âgées vivant en établissement gériatrique que chez les personnes vivant à leur domicile (Albrand, Midey et Beria, 1999). Ceci s'explique par le fait que les personnes hébergées sont moins autonomes et que leur état de santé est souvent précaire.

Dans les centres d'hébergement, entre 40 et 50 % des personnes sont victimes de chute. Zisselman et Robinson (1998) estiment que de 45 à 70 % d'entre elles tombent chaque année (2 fois plus que les personnes dans la communauté).

LES CONSÉQUENCES DE LA CHUTE

La chute représente une cause importante de mortalité et de morbidité chez les personnes, tout particulièrement chez celles qui sont les plus âgées. La chute entraîne des conséquences néfastes tant sur les plans physique que psychologique. Les conséquences sur le système de santé sont aussi importantes.

Les conséquences au plan physique sont immédiatement reconnues et traitées. On parle d'entorses, de plaies, d'hématomes sous-duraux et de fractures. La fracture de la hanche chez la personne âgée est une des conséquences ayant un lourd impact au niveau de la morbidité et de la mortalité (Magaziner, Hawkes, Hebel, Zimmerman, Fox, Dolan, Felsenthal et Kenzora, *et alii*, 2000).

Les conséquences au plan psychologique sont plus insidieuses et passent souvent inaperçues. Pour la personne qui tombe, la chute représente un événement stressant et une source d'humiliation qui peut compromettre son autonomie future. Après une chute, un tiers des personnes âgées présente une peur de tomber qui s'accompagne de troubles d'équilibre, de marche et de cognition avec réduction de la mobilité et de l'activité, ce qui expose directement la personne à un risque plus grand de chute en raison du déconditionnement possible (Vellas, Wayne, Romero, *et alii*, 1997; Gagnon et Flint, 2003). La personne qui chute peut avoir tendance à s'isoler : elle a peur de déranger les autres si elle leur parle de la chute. Elle peut avoir le sentiment d'être un fardeau (Gagnon, 2004). Craignant d'être limitée dans sa mobilité, d'être mise sous contention ou d'être transférée dans une autre unité de soins, la personne aura comme réflexe de nier la chute ou d'en minimiser les conséquences.

La chute a un impact considérable sur le système de santé si l'on considère les augmentations du temps de séjour dans les milieux de courte durée, les complications qui en découlent ainsi que l'entrée en centre d'hébergement dans 40 % des cas.

L'INEFFICACITÉ DES CONTENTIONS DANS LA RÉDUCTION DES CHUTES

L'application des mesures de contrôle est encore perçue comme étant le moyen le plus efficace pour réduire le risque de chute. Pourtant, plusieurs recherches montrent le contraire. L'application de la contention n'est pas efficace pour prévenir les chutes. La contention n'empêche pas la personne de tomber du lit et lorsqu'elle tombe, elle le fait le plus souvent en tentant de se libérer de sa contention. Les blessures sont alors plus sévères.

L'EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DU RISQUE DE CHUTE ET LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Les conséquences de la chute sont suffisamment importantes pour justifier le besoin de développer des programmes de prévention des chutes dans les établissements de santé du Québec. Ces programmes sont encore plus efficaces lorsqu'ils mobilisent l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire.

Ces programmes de prévention des chutes sont d'autant plus importants que le nombre de personnes âgées (un groupe de personnes à risque) hospitalisées en centre hospitalier ou vivant en centre d'hébergement est en croissance tant au Québec qu'au Canada.

Un programme de prévention des chutes qui tient compte des conséquences de la chute invite aussi les intervenants à mieux évaluer la situation, à rechercher les causes et à développer des mesures de remplacement, c'est-à-dire des interventions plus efficaces pour prévenir les chutes et réduire leurs effets délétères sur la personne.

Le développement de tels programmes de prévention des chutes est d'autant plus justifié que plusieurs études révèlent l'inefficacité de la contention dans la réduction du risque de chute et montrent que les chutes de personnes sous contention occasionneront des blessures plus graves que celles reliées à une simple chute et qu'elles entraîneront parfois la mort (Albrand, Midey et Beria, 1999).



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

CERTAINES CONCEPTIONS ERRONÉES PERSISTENT ENCORE DANS LES MENTALITÉS ET ELLES NUISENT AU CHANGEMENT DE CULTURE ET DE PRATIQUES.

Pour la famille, la chute (simple ou multiple) d'un parent peut être source d'inquiétude et d'anxiété. Certains membres de la famille auront tendance à surprotéger leur parent ou à vouloir limiter ses déplacements, cette restriction de mobilité ayant comme conséquence d'augmenter le risque de chute. D'autres développeront un sentiment de culpabilité duquel peuvent découler des possibilités de conflits familiaux ou de tensions avec le personnel.

Pour le personnel soignant, la chute est souvent vécue comme une faille dans les soins et la surveillance. Les intervenants se sentent responsables et coupables de la chute. L'absence de vision commune sur l'approche en matière de prévention des chutes peut conduire à des conflits au sein de l'équipe. Le personnel peut aussi avoir peur de représailles de la part des autres collègues de travail ou de la famille et des proches. Il peut avoir peur des poursuites judiciaires ou encore craindre que la personne tombe de nouveau et qu'elle se blesse gravement. Ces peurs entraînent, chez les intervenants, l'adoption de moyens drastiques (comme l'application de mesures de contrôle) ou suscitent le développement d'une attitude de surprotection qui compromet l'autonomie de la personne et affecte son estime d'elle-même.

UN MANQUE D'ACTIONS CONCERTÉES ENTRE LA PERSONNE, SES PROCHES ET L'ÉQUIPE SOIGNANTE

La personne et ses proches ne sont pas toujours suffisamment informés des interventions à privilégier, des avantages et des inconvénients liés aux mesures de remplacement possibles, etc.

Encore aujourd'hui, la problématique de la chute n'est pas perçue comme faisant partie intégrante de la gestion du risque. Trop souvent, cette question n'est pas abordée en équipe. Trop souvent aussi, on considère que c'est la responsabilité des

infirmiers, infirmières et médecins de prévenir les risques de chute et de mener les interventions appropriées.

Les compétences de l'équipe ne sont pas suffisamment mises en commun et l'analyse du risque de chute provient d'une évaluation d'un seul professionnel plutôt que de l'équipe interdisciplinaire. Ce contexte de travail ne permet pas le développement en équipe de stratégies d'interventions axées sur les facteurs de risque pour la prévention des chutes et a souvent pour conséquence le recours aux contentions comme moyen de prévenir la chute.

Certains intervenants sont persuadés que le fait de relever les deux ridelles de lit (ou les quatre demi-ridelles, selon le cas) ou de placer la personne dans un fauteuil gériatrique avec une tablette n'est pas une contention et constitue une bonne pratique.

Plusieurs membres de l'équipe vivent également un dilemme entre leur responsabilité de protéger la personne de la chute et le respect des choix et de l'autonomie de la personne; ils vivent dans un contexte d'ambivalence à l'égard de la décision à prendre.

Ainsi, la décision de recourir à la contention pour prévenir les chutes résulte fréquemment du manque de concertation en équipe et du manque de connaissances ou de formation du personnel à l'égard des stratégies d'interventions et des solutions de remplacement qui pourraient être mises en place pour diminuer le risque de chute et contribuer au maintien ou au développement de l'autonomie de la personne et lui assurer ainsi une bonne qualité de vie.

UN MANQUE D'ACTIONS CONCERTÉES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS

Certains établissements ont développé des programmes de prévention des chutes (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Institut Universitaire de gériatrie de Montréal, Centre Maimonides). Ces programmes privilégient une approche interdisciplinaire axée sur l'autonomie de la personne hébergée ou hospitalisée. Le risque de chute est évalué dès l'admission dans ces établissements et, tout au long du séjour, des interventions et des mesures de remplacement sont proposées pour diminuer le risque. Dans le cadre de ces programmes, les intervenants doivent non seulement évaluer les conséquences d'une chute et les facteurs de risque, mais également vérifier si la chute n'est pas un indice d'une condition sous-jacente ignorée jusqu'ici (ex. : ICT, delirium, etc.).

D'autres établissements se disent préoccupés par la réduction de la contention, mais, paradoxalement, ils n'entreprennent aucune démarche en ce sens. De même, plusieurs établissements, dans leur protocole ou leurs règlements, ne considèrent pas l'application des ridelles de lit comme étant une contention. D'autres encore envoient des messages contradictoires à l'égard des chutes : ils visent l'atteinte de l'objectif « chute zéro », mais véhiculent l'idée que la contention est un moyen efficace pour réduire la chute.

RÉFLEXION SUR LA PRÉVENTION DES CHUTES : ÉTAT DE LA SITUATION QU'EN EST-IL DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?

Les questions formulées ici visent une réflexion sur les actions entreprises par votre établissement dans la prévention des chutes. Elles permettent d'apprécier le chemin parcouru en matière de prévention des chutes ainsi que celui qui reste à faire. Cette démarche est centrée sur l'intégrité et l'autonomie de la personne.

- Votre établissement a-t-il un programme de prévention des chutes?
- Que propose-t-il en ce qui a trait au contenu spécifique des activités et des outils ? (ex : outils de dépistage, outils d'interventions types), etc
- S'agit-il d'un programme qui concerne l'ensemble des intervenants professionnels et non professionnels?
- En matière de prévention des chutes, quels sont les messages véhiculés par votre établissement?
- Les équipes interdisciplinaires sont-elles soutenues dans leur démarche de prévention des chutes?
- Le personnel bénéficie-t-il d'une formation continue sur la prévention des chutes?
- Les facteurs de risque sont-ils connus par les membres de l'équipe?
- Est-ce que tous les membres de l'équipe comprennent bien le rôle que chacun joue dans la prévention des chutes?
- Le niveau de risque de chute des personnes est-il évalué au moment de leur admission et de façon régulière tout au long de leur séjour?
- Le niveau de risque de chute est-il clairement indiqué au dossier et est-il facile à repérer?
- Un plan d'interventions individualisé est-il institué pour la personne à risque?
- À la suite d'une chute, le plan d'interventions est-il ajusté en conséquence? Les interventions tiennent-elles compte des différentes expertises professionnelles disponibles?

- L'équipe tient-elle toujours compte de la dignité, de l'intégrité, de la qualité de vie et de l'autonomie de la personne dans les choix qu'elle fait?
- La personne et ses proches font-ils partie du processus de décision? Sont-ils bien et suffisamment informés?
- Quelles sont les mesures prises lorsqu'une personne chute?
- La gestion de risque de chute fait-elle l'objet d'un suivi étroit nombre de chutes par jour de présence ?, suivi sur la sévérité des chutes, etc.? En quoi consiste l'évaluation de la qualité? Propose-t-elle des moyens concrets pour soutenir le changement de pratique?
- Les personnes reçoivent-elles l'information requise sur la prévention des chutes?
- L'établissement dispose-t-il d'équipements sécuritaires (bris), de lits électriques, etc.? L'équipement utilisé (lit, lève-patient, fauteuil roulant) favorise-t-il la sécurité de la personne?
- Quels sont les outils cliniques et les stratégies (formulaire d'évaluation, plan d'interventions type, tenue de réunions d'équipe régulières, etc.) qui soutiennent la pratique?

LE SAVIEZ-VOUS?

Ébranler les croyances est la première étape pour amorcer un changement de pratique. En matière de chute et de contention, plusieurs fausses croyances sont véhiculées. Les reconnaître et les ébranler augmente la probabilité d'une remise en question et d'un changement de pratique.

À partir du moment où les croyances sont ébranlées, il est possible d'amorcer une réflexion sur le changement de pratique. En matière de prévention des chutes, on apprend vite que « laisser vivre » avec un certain risque implique un changement de culture de la part de tous les acteurs impliqués, c'est-à-dire les membres du Conseil d'administration, les gestionnaires et les cliniciens ainsi que les personnes et leurs proches.

Plusieurs mythes existent sur l'efficacité et la sécurité de la contention incluant les ridelles de lit. En voici quelques-uns.

MYTHE : Les ridelles de lit ne sont pas des contentions.

Faux.

Le fait de remonter les ridelles de lit est une contention puisqu'il s'agit d'une « *mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap* », comme le précise le MSSS (2002). Pourtant, le fait de remonter les deux ridelles de lit (ou les 4 demi-ridelles) fait encore partie de la routine quotidienne et des normes de pratique pour la sécurité de la personne. On ne s'interroge pas suffisamment sur l'application des deux ridelles de lit et l'avis de la personne et de ses proches n'est pas suffisamment pris en compte.

MYTHE : L'application de la contention incluant les ridelles de lit

diminue les risques de chute et de blessure.

Faux.

Aucune recherche n'a montré l'efficacité de la contention ou des ridelles de lit dans la prévention des chutes. Au contraire, des études ont montré non seulement que leur application n'empêche pas la chute, mais que si la chute se produit, les blessures sont plus sévères. De plus, les ridelles de lit ne dissuadent pas les personnes de sortir du lit sans assistance (Capezuti, Maislin, Strumpf, *et alii*, 1999).

Par ailleurs, d'autres études ont clairement montré que la réduction de l'utilisation de la contention n'amène pas une augmentation de la fréquence des chutes (Hanger, Ball et Wood, 1999).

MYTHE : L'utilisation des ridelles de lit ne présente aucun risque pour l'utilisateur.

Faux.

Contrairement à ce que l'on peut penser, le fait de remonter les deux ridelles de lit n'est pas une décision sans risque et peut avoir plusieurs conséquences comme l'incontinence, les blessures sévères, la perte d'autonomie, les effets psychologiques (syndrome post-traumatique), l'agitation et la détresse (Capezuti, Maislin, Strumpf, *et alii*, 1998 ; M^e Rudel-Tessier, 2005).

MYTHE : Chez la personne âgée, les chutes sont reliées au vieillissement normal, à leur perte d'autonomie et à leur dépendance.

Faux.

Encore aujourd'hui, plusieurs intervenants croient que les chutes font partie du vieillissement normal. Elles sont perçues comme un incident normal lorsqu'une personne prend de l'âge et plusieurs sont convaincus que l'on ne peut rien faire pour les prévenir.

MYTHE : Il n'existe pas d'alternatives à l'utilisation de la contention ou des ridelles de lit.

Faux.

Il existe plusieurs mesures de remplacement à la contention ou aux ridelles de lit. Par exemple, augmenter la mobilité pour maintenir les capacités physiques, dépister l'hypotension orthostatique, garder le lit dans une position très basse, installer un matelas au sol, mettre des oreillers de chaque côté du corps, remonter une seule ridelle ou privilégier l'installation de demi-ridelles sont autant d'alternatives efficaces.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Des recherches montrent que le recours à la contention n'a aucun effet sur la réduction des chutes et que cette mesure augmente en réalité le risque de blessure grave, de lésion et de perte d'autonomie fonctionnelle en plus de parfois entraîner le décès. Des études ont largement prouvé les effets délétères graves liés à l'application de la contention tant aux plans physique, psychologique que familial (voir le module référentiel 1).

Le risque de chute augmente avec le nombre de facteurs identifiés. Les personnes pour qui plus de quatre facteurs de risque ont été identifiés présentent un plus haut risque de chute que les autres.

Dans une perspective de prévention de la chute chez les personnes âgées hospitalisées dans les établissements de courte durée, personnes qui représentent un groupe à plus haut risque, Resnick (2003) recommande, en s'appuyant sur des recherches récentes, l'application systématique de l'ensemble des mesures « de base » suivantes :

Pour la personne

- Évaluer les médicaments, particulièrement ceux qui augmentent le risque de chute;
- Établir un plan d'interventions de manière à respecter le besoin d'élimination urinaire et intestinale de la personne;
- Encourager la participation de la personne aux activités de la vie quotidienne (mobilité, soins d'hygiène, alimentation, etc.) et favoriser l'exercice pour maintenir les acquis et l'autonomie. Référer au besoin au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute;
- Exercer une surveillance régulière de la personne;
- Enseigner à la personne et ses proches des moyens pour prévenir les chutes (ex. : accès à l'aide technique, se relever lentement, etc.);
- Décider du recours aux ridelles de lit (2) ou aux demi-ridelles (4) en tenant compte de la condition mentale et fonctionnelle de la personne.

Pour l'environnement

- Orienter la personne dans son nouvel environnement (par exemple lui montrer la cloche d'appel, la salle de toilette, le téléphone, etc.);
- Maintenir la cloche d'appel à la disposition de la personne et s'assurer qu'elle soit capable de l'utiliser;
- S'assurer que la personne sait où se trouvent ses objets personnels (lunettes, appareils auditifs, mouchoirs, pantoufles, etc.) et qu'elle peut y accéder de façon sécuritaire;
- Placer le lit dans sa position la plus basse et appliquer les freins;
- S'assurer du port de souliers ou de pantoufles sécuritaires bien ajustés avec des semelles antidérapantes;
- Utiliser la veilleuse pour la nuit afin de faciliter l'orientation et le repérage dans un nouvel environnement;
- Maintenir la chambre libre d'accès et enlever les objets ou meubles encombrants;
- Garder les planchers propres (non luisants) et secs;
- S'assurer que les barres d'appuis et les mains courantes soient accessibles dans la salle de bains, la chambre et le corridor.

Les données probantes ayant trait à la prévention des chutes mènent aux recommandations suivantes (National Institute for Clinical Excellence, 2004; Resnick, 2003; RNAO(,2004)) :

Pour les établissements de santé :

- Implanter un programme de prévention des chutes;
- Développer des mesures de remplacement efficaces pour la prévention des chutes afin d'éliminer la contention.

Pour les professionnels de la santé :

- Évaluer et identifier les facteurs de risque de chute pour les personnes hébergées ou hospitalisées;
- Développer un plan d'interventions individualisé particulièrement pour les personnes qui présentent un risque important de chute;
- Procéder à une évaluation en profondeur de la personne au moment où

une chute survient;

- Ajuster en conséquence les interventions au plan de soins;
- Travailler en équipe interdisciplinaire.



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Réduire l'utilisation des contentions comme moyen de prévention des chutes repose sur une volonté commune des intervenants au sein d'une organisation. Prévenir les chutes dans un établissement nécessite des efforts concertés de la part de toute l'équipe. Pour relever ce défi, il faut systématiquement recourir à un processus décisionnel (voir le module référentiel 3) qui conduit à un plan d'interventions individualisé pour chaque personne et qui respecte les étapes suivantes :

- Évaluation de la situation : Observation des comportements et recherche des causes ou des facteurs de risque;
- Analyse et interprétation commune des informations;
- Planification des interventions et leur application;
- Communication du plan d'interventions;
- Réévaluation constante et réajustements.

L'évaluation des personnes hospitalisées ou hébergées faite par les différents membres de l'équipe est essentielle. L'équipe est composée, entre autres, de l'ergothérapeute, du médecin, de l'infirmier/infirmière et du physiothérapeute (Fréchette, Roy et Racine, 2002).

La connaissance des facteurs de risque joue un rôle majeur dans la prévention des chutes puisqu'elle permet de bien évaluer la situation globalement et de mettre en place des mesures de remplacement.

La classification des facteurs de risque et des mesures de remplacement proposée ici est celle du *Programme de prévention des chutes* de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Elle repose sur 12 facteurs de risque sur lesquels la personne et les intervenants peuvent agir. Chaque facteur de risque est accompagné d'une liste non exhaustive de mesures de remplacement reposant sur une évaluation exhaustive de la personne et des facteurs environnementaux (voir le module Modèle Kayser-Jones).

FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE :

1. Histoire de chutes antérieures

Une chute rapportée au cours de la dernière année ou des six derniers mois est un facteur prédictif de nouvelle chute.

Mesures de remplacements :

- Documenter soigneusement les chutes dès l'admission : moments, lieux et circonstances;
- Identifier les facteurs prédisposant et précipitant associés à la chute;
- Impliquer la famille pour mieux comprendre le contexte de la chute;
- Utiliser des moyens pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, casque (si accepté), etc.) et les noter au plan d'interventions;
- Maintenir l'indépendance fonctionnelle en maximisant la participation de la personne à ses soins;
- Consulter en ergothérapie et en physiothérapie, au besoin.

2. Admission ou transfert dans un nouvel environnement

Le fait de se retrouver dans un environnement inconnu augmente le risque de chute.

- Tenir compte des habitudes de vie antérieure (sommeil, alimentation, soins d'hygiène);
- Aider le patient et ses proches à développer une bonne orientation physique des lieux;
- Bien indiquer les salles de bains et toilettes;
- Utiliser la veilleuse dans la chambre;
- Discuter des habitudes de vie de la personne et les intégrer dans le plan d'interventions.

3. Déficits perceptifs et cognitifs

Des troubles perceptifs ou une altération des fonctions cognitives peuvent affecter la capacité de la personne à décoder les stimuli de l'environnement, à reconnaître une situation dangereuse ou à s'orienter dans le milieu.

Mesures de remplacement :

- Évaluer la condition mentale de la personne;
- Utiliser des aide-mémoire, par exemple pour rappeler l'utilisation du déambulateur;
- Communiquer dans un langage simple et direct;

- Réorienter régulièrement les personnes désorientées (delirium);
- Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs, etc.;
- Avoir recours à la famille pour surveiller le parent présentant une altération des fonctions cognitives;
- Informer la personne, ses proches et les membres de l'équipe des impacts des déficits;
- Utiliser des stratégies de réduction de stress en offrant des activités adaptées (ex. : musique, aide-mémoire, etc.);
- Adapter l'environnement pour diminuer les stimuli à interpréter par la personne;
- Évaluer les comportements perturbateurs (grille de comportement) afin de comprendre ce qui se passe et impliquer les intervenants dans les soins.

4. TÉMÉRITÉ

Certains troubles neurologiques peuvent affecter la capacité de la personne à reconnaître une situation à risque.

Mesures de remplacement :

- Montrer à la personne à évaluer ses limites et à adapter ses comportements;
- Enseigner les comportements sécuritaires;
- Utiliser les détecteurs de mouvements dans des endroits comme le lit ou la salle de bains;
- Utiliser l'aide-mémoire approprié (par exemple celui du déambulateur);
- Établir des plans d'interventions réguliers pour répondre aux besoins de la personne (ex. : besoin d'aller à la toilette, faim, soif, etc.).

5. AGITATION

Les comportements d'agitation comme les cris, les gestes, les demandes répétitives, la fugue et le délire augmentent les risques de chute de la personne.

Mesures de remplacement :

- Évaluation pour comprendre ce qui se passe (delirium, démence, dépression, infection, etc.);
- Corriger la ou les causes;
- Développer des stratégies pour diminuer les problèmes comportementaux;
- Diminuer les stress environnementaux;
- Recourir à de la musique dans la chambre;
- Mieux comprendre les raisons de l'agitation, le message du patient;
- Intégrer la famille dans les activités ou la surveillance en période d'agitation;
- Encourager la personne à faire des siestes;

- Proposer des diversions (télévision, radio, jeux, etc.);
- Impliquer les membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Utiliser une chaise roulante légère et dont le siège est bas afin que la personne puisse se propulser facilement.

6. MÉDICATIONS

Certains médicaments comme les antipsychotiques, les antidépresseurs, les diurétiques et les antiarythmiques ont des effets hypotenseurs et augmentent le risque de chute. En raison de leurs effets indésirables et des risques d'interactions médicamenteuses, la prise de plusieurs médicaments (plus de quatre) constitue un facteur de risque supplémentaire.

Mesures de remplacement :

- Évaluation du profil médicamenteux par le médecin, le pharmacien et l'infirmier;
- S'interroger sur la pertinence pour la personne de prendre tous ces médicaments;
- Rechercher les effets indésirables possibles et les interactions médicamenteuses.

7. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

Les effets indésirables associés aux médicaments ainsi que l'immobilité ou les conditions médicales associées peuvent engendrer l'hypotension orthostatique, un facteur de risque de chute. Il s'agit d'une chute de la tension artérielle systolique de 20 mm Hg ou plus lors du passage de la position couchée à la position debout ou assise.

Mesures de remplacement :

- Faire le dépistage de l'hypotension orthostatique;
- Enseigner les bonnes méthodes pour se lever du lit ou du fauteuil afin d'éviter les étourdissements;
- Réviser la médication;
- Accompagner la personne lors de la marche, au besoin;
- S'assurer que la personne est bien hydratée.

8. PROBLÈME DE MOBILITÉ

La diminution de la force musculaire au niveau des membres inférieurs est un facteur prédictif de chute.

Mesures de remplacement :

- Encourager la marche;

- Faire marcher les personnes dans le corridor une ou deux fois par quart de travail (plan de marche);
- Consulter en physiothérapie et en ergothérapie pour des traitements de réadaptation;
- Utiliser des moyens pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, casque (si accepté), détecteur de mouvements près du lit ou dans la salle de bains, etc.);
- Encourager les programmes d'exercices pour augmenter la mobilité, l'équilibre, la tolérance (ex. : tai-chi, danse, programme de marche, etc.);
- Placer un tapis de chute près du lit pour réduire l'impact d'une chute possible;
- Maintenir le lit dans la position la plus basse possible;
- Utiliser des demi-ridelles pour aider au transfert du lit;
- Utiliser le fauteuil roulant le plus bas pour réduire l'impact d'une chute possible;
- Placer le fauteuil d'aisance près du lit pour réduire la distance du déplacement la nuit;
- Faire participer toute l'équipe pour l'utilisation des auxiliaires à la marche tels que la canne ou le déambulateur;
- Installer des barres d'appui (toilette, corridor).

9. TROUBLES D'ÉLIMINATION

L'urgence mictionnelle, la prise de médicaments diurétiques, la difficulté de retrouver la salle de toilette, l'attente prolongée pour obtenir de l'aide pour se rendre à la toilette ou la peur de déranger le personnel constituent d'autres facteurs de risque de chute.

Mesures de remplacement :

- Évaluer les causes médicales (par exemple une infection urinaire);
- Développer un plan d'interventions pour répondre aux besoins des personnes, surtout celles qui souffrent de démence ou celles qui ont de la difficulté à communiquer leurs besoins;
- Offrir une assistance plus étroite aux personnes qui reçoivent des laxatifs ou des diurétiques;
- Répondre promptement à la demande d'aide (cloche d'appel);
- Utiliser des bandes adhésives antidérapantes près de la toilette;
- S'il y a une perte de mobilité, utiliser les chaises d'aisance;
- Utiliser des détecteurs de mouvements afin de faire appel au personnel soignant pour les personnes qui ne peuvent plus utiliser la cloche d'appel;
- Ajuster l'environnement pour que la personne ait accès au papier hygiénique et aux autres objets utilitaires;

- S'assurer que la toilette ait des barres d'appui fixées au mur pour faciliter le transfert;
- Enseigner la nécessité de réduire l'ingestion de liquide en soirée et montrer à la personne à se lever avec prudence;
- Utiliser la culotte d'incontinence (type Pull Up) pour préserver le plus possible l'autonomie de la personne.

10. TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS

Un problème d'audition ou de vision peut affecter les capacités de la personne à communiquer, à reconnaître les stimuli de l'environnement et cela la rend plus à risque de chute.

Mesures de remplacement :

- S'assurer d'une évaluation et d'un bon suivi médical pour ces problèmes;
- S'assurer que la personne porte toujours ses lunettes et que celles-ci soient propres;
- S'assurer que l'appareil auditif soit fonctionnel;
- Utiliser la lumière pour bien éclairer la chambre et la salle de bains, particulièrement la nuit;
- S'assurer que l'aménagement physique soit sécuritaire : veiller à ce qu'il n'y ait que le minimum d'équipement et de meubles, éviter les encombrements et les planchers mouillés, etc.;
- S'assurer que tous les objets utilitaires requis (papier mouchoir, cadran, cloche d'appel, etc.) soient à portée de main;
- Diminuer les stimuli de l'environnement (bruit excessif, forte luminosité, etc.).

11. CONTENTION PHYSIQUE

L'installation d'une contention afin de prévenir la chute constitue, en soi, un autre facteur de risque qu'il ne faut pas sous-estimer. Toutes les mesures de remplacement mentionnées précédemment sont des moyens concrets pour éviter de recourir à la contention et, le cas échéant, des moyens qui permettent d'en réduire la durée. Ces éléments constituent un standard de pratique en matière de prévention des chutes.

12. FACTEURS EXTRINSÈQUES

Les facteurs extrinsèques constituent l'ensemble des facteurs reliés à la personne ou à son environnement qui sont susceptibles d'augmenter le risque de chute.

Mesures de remplacement :

- S'assurer que les souliers soient sécuritaires : talons bas, semelles antidérapantes, souliers bien ajustés et fermes;
- S'assurer que les pantalons soient bien tenus par un élastique ou une ceinture et de la bonne longueur;
- S'assurer que la culotte d'incontinence soit de la bonne taille pour éviter qu'elle ne tombe lors des déplacements;
- Utiliser et vérifier les aides techniques à la mobilité : déambulateur, fauteuil roulant, etc.;
- S'assurer que le lit soit maintenu à la bonne hauteur pour la personne et que les freins soient enclenchés;
- S'assurer que les freins du fauteuil roulant soient fonctionnels pour des transferts sécuritaires. Au besoin, mettre une rallonge de poignée pour faciliter l'utilisation;
- S'assurer que les chaises soient à la bonne hauteur du sol;
- Utiliser les chaises berçantes qui se bloquent automatiquement au moment du lever de la personne;
- Utiliser des bandes antidérapantes sur les chaises afin d'éviter le glissement;
- Garder la main courante du corridor libre d'accès;
- Éviter les encombrements dans les chambres et les corridors;
- Porter une attention spéciale au plancher mouillé ou encombré d'objets.

IMPORTANCE DU PLAN D'INTERVENTIONS INTERDISCIPLINAIRE

Les interventions visant à prévenir les chutes doivent être en lien avec les différents facteurs de risque et doivent être établies sur la base d'une planification réalisée par une équipe interdisciplinaire. Une réévaluation du plan doit être une priorité de la part de toute l'équipe afin de vérifier l'efficacité des interventions mises de l'avant et de les ajuster au besoin.

POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE : L'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES

Un programme de prévention des chutes efficace est basé sur une approche interdisciplinaire. L'implantation d'un tel programme suppose une démarche organisationnelle qui mise sur le travail d'équipe. Un programme de prévention des chutes doit s'inscrire dans la mission de l'établissement. Il doit être centré sur les besoins des personnes et il doit promouvoir la qualité des soins et des services pour favoriser la création d'un véritable milieu de vie (centre d'hébergement). Assurer la sécurité tout en préservant l'intégrité, la liberté et l'autonomie exige de la part de

tous les membres de l'équipe de grandes compétences et d'excellentes capacités relationnelles et de communication avec la personne que l'on soigne ainsi qu'avec ses proches.

Le programme de prévention doit proposer une démarche permettant de réduire le risque de chute chez la personne et assurer un meilleur dépistage, une évaluation, des interventions et un suivi auprès des personnes à risque. Le programme de prévention des chutes repose sur un travail d'équipe et, dès le départ, les représentants des professionnels et non professionnels doivent y participer et s'engager dans le changement de pratique proposé ou dans sa continuité (Roy, 2004, 2002).

Le programme de prévention des chutes doit reposer sur les assises suivantes :

- Assurer la sécurité de la clientèle sans compromettre la réadaptation;
- Maximiser la mobilisation et la récupération fonctionnelle;
- Favoriser l'implication de la personne et de ses proches;
- Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle et ne jamais oublier que ce sont des mesures exceptionnelles, temporaires et de dernier recours.

Le programme de prévention des chutes doit s'intéresser à deux volets spécifiques : les aspects cliniques de la chute ainsi que l'environnement et l'équipement. Il est indispensable d'avoir un programme d'entretien régulier de tout le matériel utilisé dans un programme de prévention des chutes.

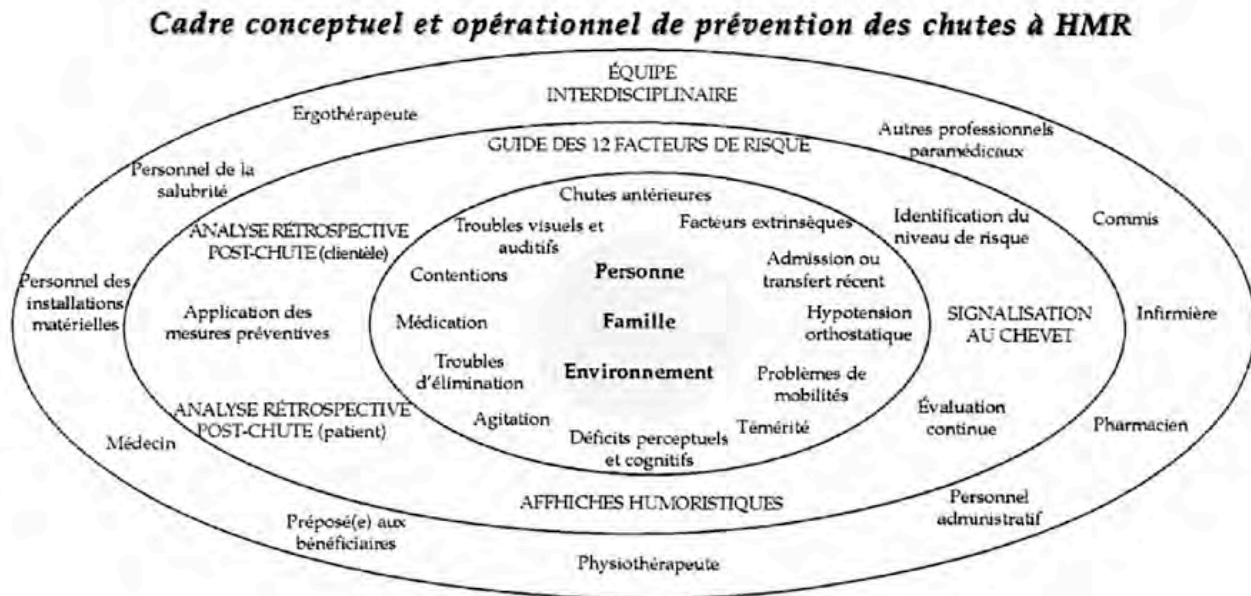
Le programme de prévention des chutes est construit ainsi :

- Les facteurs de risque de chute sont expliqués : définition des facteurs et des mesures de remplacement permettant de réduire le risque.
- Ce programme ne doit pas strictement reposer sur des connaissances. Il doit permettre le transfert dans la pratique par 1) des outils de dépistage ou d'évaluation de risque de chute dès l'admission, 2) une identification du risque le plus près de la personne (au chevet, bracelet, etc.), 3) des interventions au plan de soins; 4) un outil d'analyse postchute et 5) des informations aux patients et à leurs proches.

Le volet « Environnement et équipement » se penche sur l'établissement des standards quant au choix du matériel et de l'équipement (matériel de contention et de non-contention comme l'achat d'alarmes). Il se penche aussi sur les propositions pour des équipements appropriés (achats de matériel comme les fauteuils roulants,

les auxiliaires à la marche, les lits électriques, etc.). Ce volet veille à établir et à implanter un programme d'entretien préventif et systématique du mobilier et de l'équipement (réparation des fauteuils roulants, remplacement de roues, etc.).

Présentation du cadre conceptuel et opérationnel du programme de chute – HMR - (Roy, 2004).



Ce programme de prévention des chutes doit être diffusé à tout le personnel soignant. L'évaluation de l'efficacité du programme de prévention des chutes doit être faite.

Pour être efficace, le programme de prévention des chutes doit prévoir un volet de formation continue pour l'équipe soignante et de l'éducation aux familles et aux proches. La formation doit intégrer toutes les personnes de l'établissement touchées de près ou de loin par cette problématique (récréologue, travailleur social, personnel d'entretien, etc.).



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

La création d'une culture valorisant l'autonomie de la personne (faire des activités de la vie quotidienne et faire des choix) est centrale pour un changement de pratique.

Le travail d'équipe est essentiel pour prévenir les chutes. Tout le monde doit se sentir concerné par la prévention des chutes. Les chutes, ce n'est la faute de personne, mais c'est l'affaire de tout le monde (Programme HMR).

L'application de la contention n'a aucun effet sur la réduction du risque de chutes ou de blessures. La contention fait plus de mal que de bien (Magaziner, Hawkes, Hebel, *et alii*, 2000 ; Resnick, 2003; Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2000).

Le travail d'équipe est un incontournable pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle, prévenir le risque de chute et intervenir de façon concertée auprès de la clientèle.

Les facteurs de risque de chute nécessitent une évaluation globale et des interventions multiples.

Le fait de combiner plusieurs interventions augmente la possibilité de prévenir ou de réduire les chutes.

Le programme de prévention des chutes est une étape cruciale pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans un établissement. Ce programme met en évidence l'importance des mesures de remplacement tout en assurant une prestation de soins sécuritaires à la personne.

La mise en place d'un programme de prévention des chutes est associée au désir d'une meilleure qualité de soins ainsi qu'à la volonté de réduire les chutes et l'utilisation de la contention (Gagnon et Flint, 2003).

VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE

Le formateur pourra utiliser la vignette les chutes.

RÉFÉRENCES

- ALBRAND, G., J. F. MIDEY et J. BERIA, « Épidémiologie des chutes dans les institutions gériatriques », dans J. M. JACQUOT, D. STRUDEL et J. PELISSIER [dir.], *La chute de la personne âgée*, Paris, Éditions Masson, 1999, p. 22-26.
- CAPEZUTI, Elizabeth, Greg MAISLIN, Neville STRUMPF, *et alii*, « Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. L, n° 1 (janvier 2002), p. 90-96.
- CAPEZUTI, Elizabeth, Neville STRUMPF, Lois K. EVANS, *et alii*, « The Relationship Between Physical Restraint Removal and Falls and Injuries Among Nursing Home Residents », dans *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. LIII, n° 1 (janvier 1998), p. 47-52.
- FRÉCHETTE, A., O. ROY et D. RACINE, « Approche interdisciplinaire sur la prévention des chutes : l'expérience d'un hôpital québécois de courte durée », communication scientifique présentée au VII^e Congrès international francophone de gérontologie, Bruxelles, 20-21-22 septembre 2002.
- GAGNON, Nadine et Alastair J. FLINT, « Fear of falling in the elderly », dans *Geriatrics & Aging*, vol. VI, n° 7 (juillet/août 2003), p. 15-17.
- GAGNON, Nadine, « Les conséquences d'une chute : au-delà des blessures physiques », Communication scientifique présentée au 2^e Colloque organisé par l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal, 1^{er} octobre 2004.
- HANGER, H. C., M. C. BALL et L. A. WOOD, « An analysis of falls in the hospital : can we do without bedrails? », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLVII, n° 5 (1999), p. 529-531.
- HART, B. D., J. BIRKAS, M. LACHMANN, *et alii*, « Promoting positive outcomes for elderly persons in the hospital : prevention and risk factor modification », dans *AACN Clin Issues*, vol. XIII, n° 1 (février 2002), p. 22-23.
- HALFON, Patricia, Yves EGGLI, Guy VAN MELLE, *et alii*, « Risk of falls for hospitalized patients : A predictive model based on routinely available data », dans

dans *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. LIV, n° 12 (décembre 2001), p. 1258-1266.

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT, « Programme de prévention des chutes en fonction des facteurs de risque en milieu de courte durée », Montréal, 2000.

MAGAZINER, Jay, William HAWKES, J. Richard HEBEL, *et alii*, « Recovery from hip fracture in eight areas of function », dans *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. LV, n° 9 (septembre 2000), p. 498-507.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE), « Falls : the assessment and prevention of falls in older people », *Clinical Guideline 21*, [en ligne]. www.nice.org.uk/pdf/CG021quickrefguide.pdf [page consultée le 25 novembre 2005].

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO), « Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult », *Nursing Best Practice Guidelines*, [en ligne]. www.rnao.org/bestpractices [page consultée le 23 août 2006].

RUDEL-TESSIER, M^e Catherine, Rapport sur les causes et les circonstances des décès de Mme Micheline Petitclerc (dossier : 116693), Bureau du coroner du Québec, 2005, p.31-41.

RESNICK, B., « Preventing Falls in Acute Care », dans Mathy MEZEY, Terry FULMER et Ivo ABRAHAM [éd.], *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, New York, Springer Pub. Co., 2003, p. 141-164.

ROY, O. et D. RACINE, « Le programme de prévention des chutes à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont », communication scientifique présentée au CHUQ (Hôpital Jean-Talon), septembre et novembre 2002.

ROY, O., « La prévention des chutes : l'expérience de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont », communication scientifique présentée au 2^e Colloque provincial scientifique, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, (Montréal, 1^{er} octobre 2004.

THAPA, P. B., K. G. BROCKMAN, P. GIDEON, *et alii*, « Injurious Falls in Nonambulatory Nursing Home Residents : A Comparative Study of

Circumstances, Incidence and Risk Factors », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLIV, n° 3 (1996), p. 273-278.

VELLAS, Bruno J., Sharon J. WAYNE, Linda J. ROMERO, *et alii*, « Fear of Falling and Restriction of Mobility in Elderly Fallers », dans *Age and Ageing*, vol. XXVI, n° 3 (mai 1997), p. 189-193.

ZISSELMAN, P. M. et J. P. ROBINSON, « Assessment of Fall Risk and Prevention of Injurious Falls », dans Neville STRUMPF *et alii*, *Restraint Free Care : Individualized Approaches for Frail Elders*, New York, Springer Publishing Co., 1998.



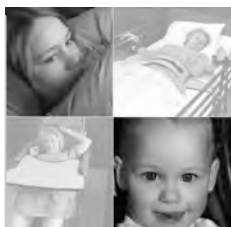
Problématique clinique

Le delirium

Hélène Loiselle
Odette Roy
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	4
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	6
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	10
LE SAVIEZ-VOUS?	11
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	13
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	16
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	21
VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE	22
RÉFÉRENCES	23



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est d'amener le formateur à mieux comprendre le phénomène du delirium (ou état confusionnel aigu) fréquemment sous-diagnostiqué chez les personnes hospitalisées ou chez les résidents des centres d'hébergement. Le delirium se manifeste, dans sa forme hyperactive, par des comportements d'agitation, d'agressivité et d'irritabilité ainsi que par des hallucinations, qui sont les raisons les plus couramment évoquées pour justifier l'application de la contention et, dans certains cas, de l'isolement bien que ces moyens soient rarement efficaces pour réduire ces comportements.

Ce module met en évidence l'importance du dépistage et de la prévention de l'état confusionnel aigu. Il illustre comment l'évaluation et la recherche des causes, l'élaboration d'un plan d'interventions et la réévaluation sont déterminantes, d'une part, dans la réduction de la morbidité et la mortalité qui y sont rattachées et, d'autre part, dans la réduction de l'utilisation de la contention et de l'isolement, le cas échéant.

Ce module permet aussi de comprendre que la mise en place d'un programme de formation sur le dépistage, la prévention et le traitement du delirium dans un établissement aide à préserver la dignité et l'autonomie de la personne. Elle aide aussi à outiller le professionnel et l'équipe dans la gestion du delirium ainsi que dans la réduction de l'utilisation de la contention.

LE MODULE *DELIRIUM* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Le phénomène du delirium, ses conséquences et l'inefficacité de la contention et l'isolement;
- La situation actuelle sur le terrain;
- Les fausses croyances relatives au delirium et à l'efficacité de la contention;

- Les données probantes et les résultats de recherche sur le sujet;
- Le changement de pratique :
 - Évaluation et recherche des causes;
 - Propositions d'interventions en vue d'établir un plan d'interventions individualisé;
 - Réévaluation.
- L'importance d'un programme de formation sur le delirium dans un établissement et son implantation.



DÉFINITIONS

LE DÉLIRIUM

Le delirium est une urgence médicale qui nécessite une intervention rapide parce qu'il cache un problème important comme une infection, une intoxication aux drogues, une douleur, une pneumonie, un problème cardiaque, etc. Le delirium est un appel à l'aide désorganisé du patient chez qui quelque chose ne va pas, sans qu'il puisse l'exprimer autrement (Morin et Piuze, 2004).

Le delirium est un désordre global et transitoire des fonctions mentales supérieures; l'apparition en est soudaine et le caractère, fluctuant. La durée varie de quelques heures à quelques jours (Milisen, Foreman, Godderis, *et alii*, 1998).

Les critères diagnostiques du delirium sont (APA, 1994; Coles, 2004) :

- **Perturbation de l'état de conscience avec une incapacité de soutenir l'attention :**

La personne est lente à répondre aux questions; elle éprouve une difficulté à suivre des directives simples. Elle est facilement distraite par d'autres stimuli. Elle présente une altération de l'état de conscience, elle peut ainsi passer d'un état stuporeux (difficile à éveiller) à un état d'hypervigilance (sursaute au moindre bruit).

- **Perturbation/désorganisation de la pensée :**

La personne tient des propos décousus ou incohérents. Elle éprouve de la difficulté à comprendre des concepts abstraits.

- **Perturbations cognitives (trouble de la mémoire ou désorientation, surtout temporelle et spatiale) :**

La personne éprouve de la difficulté à se rappeler la date, le jour, l'année et l'endroit où elle se trouve. Dans certains cas, elle peut même éprouver de la difficulté à reconnaître les personnes connues de son entourage. La personne a de la difficulté à apprendre ou à retenir des informations nouvelles.

- **Perturbations perceptives (hallucinations et illusions) :**

La personne est hallucinée sur le plan visuel. Souffrant d'illusions, elle interprète mal les stimuli de l'environnement (par exemple le bruit d'une porte qui se ferme pourra être interprété comme étant un coup de fusil).

- **Perturbation psychomotrice (agitation, ralentissement) :**

Bien connu dans sa forme hyperactive, le delirium peut se manifester par de l'agitation et de l'irritabilité. Toutefois, dans sa forme hypoactive moins connue, la personne est ralentie et elle a tendance à se retirer. Le delirium peut aussi se présenter dans une forme mixte.

- **Perturbation du rythme veille-sommeil :**

La personne connaît une modification de son rythme circadien. La personne est souvent éveillée et agitée la nuit alors qu'elle dort le jour.

Ces perturbations peuvent être attribuables aux conséquences physiologiques directes d'une condition médicale générale, d'une intoxication médicamenteuse, d'un sevrage de substance (drogue, alcool ou médicament) ou d'un ensemble de facteurs.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER ?

PARCE QUE LE DELIRIUM EST UNE URGENCE MÉDICALE

- Le delirium est une urgence médicale. Il se présente chez les clientèles de divers secteurs de soins : en gériatrie, en soins prolongés, en soins palliatifs, en médecine, en chirurgie, aux soins intensifs, à l'urgence, en santé mentale, etc.
- Le delirium est une complication sérieuse d'un désordre physique pouvant même être fatal. Chez la personne âgée, la présence d'un état confusionnel peut être le seul symptôme d'une pathologie grave (ex : infarctus du myocarde, pneumonie, etc.) (Rochat, Camus et Büla 2003). Les causes les plus fréquentes sont :
 - une intoxication (médicament, alcool, drogue);
 - un syndrome de sevrage (alcool, médicaments, drogue);
 - un problème métabolique (hypoxie, troubles électrolytiques, hypoglycémie, hyperglycémie);
 - une infection (encéphalite, méningite, pneumonie, septicémie, influenza, infection urinaire);
 - un problème neurologique (tumeur, hématome sous-dural);
 - un problème endocrinien (thyroïde);
 - un problème cardiovasculaire (insuffisance cardiaque, arythmie) (Culp, 2003; Morin et Piuze, 2004).
- La personne doit être prise en charge rapidement. Sa condition médicale doit être traitée au plus vite.

PARCE QUE LE DELIRIUM EST UNE CONDITION FRÉQUENTE

- La prévalence du delirium pour l'ensemble de la clientèle hospitalisée varie entre 10 % à 30 %. Entre 10 et 40 % des personnes âgées hospitalisées sont susceptibles de présenter un état confusionnel durant leur hospitalisation (Lipowski, 1987; APA, 1994; APA, 1999).

- Le nombre de patients âgés qui développent un état confusionnel aigu en postopératoire peut atteindre 51 % (Tune 1991; APA, 1999). L'incidence du delirium lors d'une chirurgie orthopédique élective de patients âgés est autour de 13 à 15 %, alors qu'en cas d'urgence, elle peut s'élever jusqu'à 60 % (Rochat, Cumus et Büla, 2003).
- En soins de longue durée, plus de 60 % des résidents de 75 ans et plus présenteront un épisode de delirium à un moment ou à un autre.
- Chez les individus en phase terminale d'une maladie, la prévalence du delirium passe à 80 % (APA, 1999; APA, 1994).
- Par ailleurs, le delirium est sous-estimé chez la clientèle atteinte de démence. Dans une revue systématique effectuée par Fick, Agustini et Inouye (2002), la prévalence du delirium superposé à la démence chez la population des 65 ans et plus hospitalisée ou dans la communauté varie entre 22 et 86 %.

PARCE QUE LE DELIRIUM EST UNE CONDITION CLINIQUE SOUS-DIAGNOSTIQUÉE.

- Des études ont montré que pour 32 à 67 % des patients présentant un delirium, le problème n'est pas diagnostiqué par le médecin traitant (Inouye, 1994) et que, dans 70 % des cas, les infirmières et infirmiers n'en reconnaissent pas les symptômes (Inouye, Borgadus, Williams, *et alii*, 2001).

PARCE QUE LE DELIRIUM EST UNE MENACE À LA VIE ET QUE SES CONSÉQUENCES PEUVENT ÊTRE DÉSASTREUSES

Les conséquences touchent quatre sphères : la personne elle-même, la famille, les intervenants et le système de santé.

- Personne :

- Perte d'autonomie fonctionnelle (Rahkonen, Makela, Paanila, *et alii*, 2000; Zakriya, Sieber, Christmas, *et alii*, 2004; Leentjens et Van der Mast, 2005; Foreman, Wakefield, Culp, *et alii*, 2001).
- Perte cognitive (Duppils et Wikblad 2004; Rahkonen, Makela, Paanila, *et alii*, 2000; Leentjens et Van der Mast, 2005).
- Risque plus élevé des complications : Les taux de complications postopératoires et de mortalité sont élevés chez les personnes

présentant un état confusionnel aigu (Gray-Vickrey, 2005; Milisen, Foreman, Wouters, *et alii*, 2002).

- Diminution de la qualité de vie : Dans sa forme hyperactive, l'hyperadrénergisme relatif produit par le delirium imposera à l'organisme un stress physiologique, hémodynamique et métabolique non négligeable, surtout chez la personne âgée (Morin et Piuze, 2004).

- **Famille :**

- Augmentation du stress et de l'inquiétude : Il y a augmentation du stress et de l'inquiétude parce que le delirium et la démence se ressemblent, sauf pour ce qui est de la permanence des manifestations. Cela crée alors de l'anxiété au sein de la famille et celle-ci se communique d'une personne à une autre (Eucher, Laloux et Swine, 2000).

- **Intervenants :**

- Augmentation du stress, de l'insécurité et de l'incompréhension : Parfois, il y a des agressions physiques de la part des patients en delirium, ce qui peut avoir pour effet d'augmenter le stress, l'inquiétude et l'incompréhension des intervenants (Morin et Piuze, 2004).
- Augmentation de la tâche (Lee, 2005).

- **Système de santé :**

- Augmentation de la durée moyenne du séjour (Rapp, Onega, Tripp-Reimer, *et alii*, 2001; Wakefield, 2002).
- Augmentation du risque d'hébergement à long terme.
- Augmentation des coûts.

PARCE QUE LES PERSONNES ATTEINTES ONT BESOIN D'UNE AIDE SPÉCIFIQUE ET QUE LA CONTENTION (OU DANS CERTAINS CAS L'ISOLEMENT) N'EST PAS LE PREMIER CHOIX D'INTERVENTION.

- La personne atteinte de delirium présente différents symptômes comme des illusions, des hallucinations, de la paranoïa et une véritable perte de contrôle. La réponse émotionnelle à cette condition est la peur, l'anxiété, la frustration et la colère (McCurren et Cronin 2003). L'application de la contention ou la mise en isolement contribuent la plupart du temps à exacerber cette réponse.
- La personne souffrant d'un état confusionnel aigu n'est pas en mesure de prendre soin d'elle-même. Elle présente des comportements non sécuritaires qui augmentent l'intensité des soins infirmiers et qui amènent des surveillances plus étroites souvent associées à l'utilisation des mesures de contrôle (Foreman, Wakefeild, Culp, et *alii*, 2001).



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

En clinique, il arrive qu'une personne présente un ou plusieurs des comportements suivants; de l'agitation, de l'agressivité, de l'irritabilité et des hallucinations. Ces manifestations de delirium peuvent être confondues avec d'autres problématiques surtout chez les personnes âgées. Elles sont aussi fréquemment évoquées pour justifier l'application de la contention.

Il existe également une confusion entre les manifestations du delirium et celles de la démence. On attribue souvent les signes du delirium à de la démence, ce qui affecte la prise en charge adéquate de la personne atteinte.

Le delirium est un trouble transitoire qui fluctue dans le temps alors que la démence a un caractère permanent. Nombre de professionnels n'ont pas les connaissances nécessaires pour dépister et prévenir le delirium. De plus, ils ont de la difficulté à reconnaître la symptomatologie du delirium. Dans d'autres cas, ces symptômes sont identifiés, mais l'absence de plan d'interventions nuie à une continuité des soins.

Certains établissements ou unités de soins utilisent des outils validés qui aident les professionnels et les équipes dans leur évaluation clinique.

Plusieurs personnes âgées atteintes de démence et présentant un état confusionnel aigu ne sont pas traitées aussi rapidement que leur condition le nécessiterait parce que les signes et les symptômes sont superposés.

Les proches des personnes atteintes de delirium expriment fréquemment une détresse et un désarroi à l'égard des comportements liés au delirium (agitation, agressivité, hallucination, etc.). Ils ne comprennent pas ce qui se passe et craignent que cet état ne soit permanent.

Les connaissances des soignants en regard des manifestations du delirium affectent directement leur capacité de dépistage, d'évaluation d'interventions préventives et de traitement. La prise en charge optimale des personnes atteintes ou à risque dépend des compétences des équipes à reconnaître le delirium. Voici quelques énoncés pour tester les connaissances :

MYTHE : Il est normal que la personne âgée soit confuse ou qu'elle délire.

Faux.

Le vieillissement normal n'affecte pas les fonctions cognitives supérieures. Certains facteurs liés au vieillissement comme le grand âge ou les maladies chroniques rendent les personnes plus vulnérables au delirium qui se manifeste, entre autres, par une atteinte des fonctions cognitives supérieures.

MYTHE: Devant des comportements d'agitation et d'agressivité, les interventions des intervenants et des équipes doivent avoir comme but unique le contrôle du comportement.

Faux.

Le but de l'intervention doit viser davantage la compréhension du comportement manifesté par la personne, comportement qui est en fait un appel à l'aide désorganisé. La recherche des causes devient un incontournable puisqu'elle seule permet de soigner adéquatement et de résorber l'état confusionnel aigu.

MYTHE: La médication (ex. haldol, risperdal) est le traitement de premier choix pour enrayer les comportements d'agitation, d'agressivité et les autres manifestations perturbatrices chez les personnes âgées atteintes de delirium.

Faux.

Le premier objectif est d'identifier la ou les causes pour ensuite s'en défaire. De plus, la mise en place d'interventions comportementales et environnementales comme rassurer la personne, s'assurer de la présence de la famille, contrôler la douleur ou satisfaire les besoins de base aide également à la résolution du delirium.

MYTHE : La contention est un moyen efficace pour contrôler le patient confus.

Faux.

La personne en delirium est en souffrance, elle interprète mal les stimuli de l'environnement, elle est incapable de communiquer efficacement ses besoins et elle se sent souvent menacée. La mise sous contention ou en isolement peut représenter pour la personne une véritable menace à son intégrité et contribuer à l'exacerbation des comportements d'agitation, d'agressivité, etc.

MYTHE : Une personne confuse doit être mise sous contention sinon elle va se faire mal.

Faux.

La personne sous contention est une personne qui nécessite encore plus de soins et de surveillance. De plus, les efforts déployés par certains patients et le stress physiologique engendré peuvent entraîner des détériorations cliniques chez un individu dont la situation clinique instable (ex. : infarctus, difficulté respiratoire et blessure corporelle) chez ceux dont la situation clinique est instable.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les données probantes et les résultats de recherche sont mentionnés dans les différentes rubriques du module. Ceux présentés ci-dessous s'y ajoutent.

Certains auteurs comme Foreman et Zane (1996) et Lipowski (1989) ont distingué les états de delirium et de démence, souvent confondus en clinique.

Les personnes atteintes de démence sont encore plus vulnérables au delirium. La prévalence du delirium chez ces personnes déjà atteintes varie entre 22 et 89 % selon les études (Fick, Agostini et Inouye, 2002).

Caractéristiques de delirium, démence

CARACTÉRISTIQUES	DÉLIRIUM	DÉMENCE
Début	Soudain, abrupt	Insidieux, lent et souvent non reconnu
État durant une période de 24 heures	-Fluctuant, habituellement avec des exacerbations nocturnes. -Augmentées, diminuées, mélangées ou variable.	-Assez stable, on peut noter un changement dû au stress -Normales, mais présence possible d'apraxie -Souvent affaiblie -Difficulté à trouver ses mots, conversation
Conscience	Diminuée	Claire
Vigilance	Augmentée, diminuée ou variable	Généralement normale
Activités psychomotrices	Augmentées, diminuée mélangées (présente augmentation et diminution en même temps) variable (des fois diminuée et d'autre augmentée)	Normales, mais peut avoir l'apraxie
Durée	Heures à semaines (rarement plus d'un mois)	Mois à années
Alimentation	Globalement désordonnée,	Généralement

	fluctuante	normale
Orientation	Habituellement affaiblie, variable fluctuante	Souvent affaiblie (réponse peut être près de la bonne)
Discours	Souvent incohérent, lent ou rapide	Difficulté à trouver mots conservation
Affect	Variable	Labile
Based on Foreman & Zane, 1996, Lipowski, 1989		

Il est intéressant de se rappeler qu'il n'y a pas d'évidence que le traitement pour le delirium chez les personnes atteintes de démence doit être différent de celui qui est administré à celles qui ne sont pas atteintes de démence (Leentjens et Van der Mast, 2005).

Les résultats d'une revue exhaustive de la littérature de recherche effectuée par Milisen, Leminengre, Braes et Foreman (2005) montrent que des interventions multiples et de types différents sont efficaces pour prévenir le delirium. Les différentes études recensées mettent en évidence que le rôle joué par l'infirmière ou l'infirmier au chevet de la personne hospitalisée ou hébergée est central quant à la prévention du delirium, à l'identification précoce et à l'instauration rapide du traitement.

Pour Culp (2003), les infirmières et infirmiers doivent avoir une approche systématique à l'égard du delirium : identifier les causes possibles plutôt que se concentrer exclusivement sur le contrôle des comportements. Cette approche permet de réduire le temps passé à gérer l'agitation, l'agressivité et l'interférence au traitement pour augmenter celui consacré à apporter des soins correspondant à la condition de la personne.

Culp (2003) recommande une formation sur le delirium à l'intention des infirmières et infirmiers en milieu de soins de longue durée. Cette formation permettrait de reconnaître le delirium, d'intervenir précocement et de répondre adéquatement à un état clinique complexe des résidents.

Une étude aléatoire menée auprès de 120 patients âgés aux prises avec une fracture de la hanche a montré que des interventions standardisées, un programme d'éducation auprès des infirmières et des infirmiers, une évaluation systématique de l'état cognitif, des consultations auprès de spécialistes et un protocole de soulagement de la douleur n'étaient pas efficaces pour diminuer l'incidence du delirium, mais ces interventions se sont avérées efficaces pour diminuer la sévérité et la durée du delirium (Milisen, Foreman, Abraham, *et alii*, 2001).

Des auteurs rapportent que le niveau d'adhérence de l'équipe aux interventions pour prévenir ou corriger le delirium est une variable importante dans l'efficacité des résultats (Cole, Primeau, Bailey *et alii*, 1994 ; Marcantonio, Flacker, Wright, *et alii*, 2001; Inouye, Bogardus, Williams, *et alii*, 2003). Ces auteurs indiquent qu'un haut niveau de conformité avec les interventions conduit à de meilleurs résultats de soins chez les patients (par exemple une diminution de l'incidence du delirium).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Le changement de pratique passe par une meilleure connaissance du delirium. Ceci implique une recherche active de l'étiologie afin de mettre en place un traitement le plus rapidement possible. Les intervenants/équipe doivent être en mesure de faire une évaluation de la personne en tenant compte des facteurs de risque de manière à faire des interventions préventives, des détections précoces et de la réadaptation, le cas échéant.

TRAJECTOIRE DU DELIRIUM SELON MENTES, CULP, WAKEFIELD, *et alii*, (1998)
traduction libre et adaptation par Loisele et Roy (2006)

Pour mieux comprendre le delirium, Mentes, Culp, Wakefield, *et alii* (1998) proposent une trajectoire du delirium qui met l'accent sur trois phases : la prévention, la détection précoce/intervention, la réadaptation. Ces trois phases impliquent notamment une évaluation initiale et continue des facteurs de risque ainsi que des interventions ciblées sur la personne, mais aussi sur l'environnement. Chacune des phases poursuit des résultats spécifiques (voir le tableau 1) comme la prévention du delirium, la réduction de sa durée et la stabilisation des statuts fonctionnel/cognitif.

Tableau 1 : Trajectoire du delirium

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE INTERVENTIONS MULTIPLES		
PRÉVENTION Résultats recherchés • Prévention du delirium • Maintien des statuts fonctionnel/cognitif • Prévention de la comorbidité	DÉTECTION PRÉCOCE Résultats recherchés • Minimisation/problèmes de comportements • Réduction de la durée du delirium • Diminution de la mortalité	RÉCUPÉRATION (COGNITIVE ET FONCTIONNELLE) Résultats recherchés • Restauration des statuts fonctionnel/cognitif (antérieurs à la période de confusion) • Stabilisation des statuts fonctionnel/cognitif mortalité

1. ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

Il existe plusieurs facteurs de risque au delirium. On parle de facteurs prédisposant au delirium, de facteurs facilitant le delirium et de facteurs précipitant le delirium.

Les facteurs qui prédisposent rendent la personne plus susceptible de développer un delirium.

Les facteurs qui facilitent sont plutôt liés aux circonstances qui vont, sur un terrain propice, augmenter le risque de delirium, entretenir ou aggraver le trouble une fois présent (Rochat, Camus et Büla 2003).

Les facteurs qui précipitent constituent la ou les causes directes du delirium (Leentjens et Van der Mast, 2005).

Tableau 2

FACTEURS DE RISQUE DE DELIRIUM		
Facteurs prédisposant au delirium	Facteurs facilitant le delirium	Facteurs précipitant le delirium (causes du delirium)
Facteurs démographiques • Âge avancé (80 ans et plus)* • Sexe masculin • Vie en établissement	Stress psychosocial	Médicaments* • Médicament psychoactifs (entre autres les benzodiazépines)** • Analgésiques (entre autres les narcotiques)** • Anticholinergiques** • Autres
Maladies concomitantes • Démence* • Dépression* • Antécédents d'ACV • Maladie de Parkinson	Carence de sommeil	Sevrage* (médicaments et alcool)
Polypharmacologie (4 médicaments ou plus)*	Diminution ou augmentation des stimuli sensoriels	Maladies aiguës • Toute maladie grave • Fièvre • Toute infection importante**

Alcoolisme*	Immobilité	Troubles métaboliques** • Déshydratation* • Déséquilibre électrolytique* • Anomalies acido-basiques • Troubles endocriniens (glycémie, TSH, etc.)
Désafférention* • Visuelle* • Auditive*		Troubles cardiovasculaires Hypoxémie • Anémie en période postopératoire • Hypotension, choc • MPOC décompensée • Insuffisance cardiaque
Dénutrition *		Troubles neurologiques • AVC, hémorragie • Néoplasie cérébrale • Infection du SNC
Interventions chirurgicales • Cardiaques • Orthopédiques • Ophtalmiques		Autres causes • Fécalome • Rétention urinaire
Anesthésie prolongée		
Maladies physiques (2 ou plus)* • Neurologiques • Cardiovasculaires • Rénales		

Les facteurs marqués d'un astérisque (*) ont un rôle important dans l'étiologie du delirium. Les deux astérisques (**) indiquent une fréquence accrue. La médication est en cause dans 30 % des cas. La médication est en cause dans 30 % des cas. (Adaptation de Morin et Piuze, 2004; Rapp, Onega, Tripp-Reimer, *et alii*, 2001; Laplante, Cole, McCusker, *et alii*, 2005).

Il faut noter que certains facteurs de risque ont un rôle plus important à jouer dans l'étiologie du delirium (Rapp, Onega, Tripp-Reimer, *et alii*, 2001). Par exemple, être âgé de plus de 80 ans, prendre plus de 4 médicaments, avoir des habitudes de consommation d'alcool ou de drogue, être atteint de plus de 2 maladies chroniques,

avoir un problème de malnutrition, avoir un déséquilibre électrolytique ou métabolique ou avoir un problème de déshydratation sont autant de conditions de vulnérabilité à l'égard du delirium. Il est en de même pour les personnes atteintes de troubles cognitifs (par exemple la démence) qui sont aussi plus à risque.

2. PRÉVENTION

La prévention du delirium s'associe souvent à des soins reliés à la promotion de la vie comme la mobilité, le confort, la sécurité, l'hydratation, la préservation du sommeil, la révision des médicaments, l'aménagement de l'environnement, la prévention de l'anxiété et l'oxygénation des personnes (Milisen, Lemiengre, Braes, *et alii*, 2005; Culp, 2003). Les interventions sont alors centrées principalement sur la personne, sur ses proches et sur l'environnement.

Une approche avec des interventions multiples à différents niveaux est souvent encouragée puisque le delirium est un phénomène complexe et multifactoriel.

Voir en annexe le tableau INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LE DELIRIUM

3. DÉTECTION PRÉCOCE/INTERVENTION

La détection précoce repose, entre autres, sur la surveillance de la condition mentale.

Pour ce faire, différentes interventions sont nécessaires :

- L'évaluation du statut mental de la personne hospitalisée ou hébergée : il faut connaître son état mental avant la détérioration de la condition (donnée de base) et le vérifier tout au long de la période de soins;
- La détection précoce des signes et des symptômes de delirium comme l'apparition subite de troubles de l'attention, la désorganisation de la pensée, l'altération de l'état de conscience, les troubles de la mémoire, les troubles de la perception, la désorientation, la désorganisation des activités psychomotrices, etc. L'utilisation d'outils validés peut soutenir grandement le travail du médecin ou des infirmiers (ex. : MMSE, CAM, Grille de comportement);
- Reconnaissance et diagnostic précoce de la personne en delirium;

- Traitement rapide de la cause médicale;
- Mise en place des interventions centrées sur la personne et l'environnement (traitement de la douleur, orientation dans les trois sphères, apport hydrique adéquat, stimulation sensorielle (lunette, prothèse auditive), promotion du sommeil, maintien de la communication, réduction des bruits de l'environnement, éclairage qui se rapproche du jour et de la nuit, soutien émotionnel, mobilisation précoce, etc.
- Éducation aux proches : donner toute l'information sur ce qui se passe, expliquer la réversibilité ou non des symptômes, les causes potentielles sous-jacentes, la fluctuation de l'état, donner des informations sur le plan d'interventions, encourager leur présence et leur collaboration aux soins, selon le cas, etc.

C'est une urgence médicale : on doit agir rapidement.

Voir en annexe le tableau *INTERVENTIONS POUR CORRIGER LE DELIRIUM*

4. RÉCUPÉRATION

La *American Psychiatric Association* reconnaît l'importance de promouvoir un suivi en période postdelirium.

Il semble judicieux de faire un suivi en période postdelirium. Il est vrai que (le niveau de mémoire) la capacité de se souvenir des événements durant le delirium est variable d'une personne à une autre, mais la période postdelirium peut être anxiogène pour certains individus (la personne se rappelle ses comportements inadéquats en phase aiguë du delirium, elle peut en ressentir de la gêne, être mal à l'aise ou même avoir peur de revivre une telle situation).

Pour les personnes âgées, le retour à des activités normales le plus rapidement possible est primordial pour le maintien de leurs capacités et de leur autonomie. De plus, une personne âgée atteinte d'une démence qui a déjà vécu un épisode de delirium est à risque d'en revivre un autre à la suite d'une hospitalisation, d'une chirurgie ou d'un changement de sa condition de santé. Il devient alors important de soutenir les proches afin qu'ils comprennent mieux ce phénomène.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Le delirium est une urgence médicale;
- La reconnaissance précoce du delirium influence la prise en charge rapide;
- L'identification de la cause (ou les causes) est un impératif. Elle permet d'intervenir rapidement, de réduire les risques de morbidité associés au delirium et de réduire l'utilisation de la contention ou de l'isolement.
- Le piège à éviter : passer plus de temps à GÉRER le comportement problématique (agitation, agressivité, interférence au traitement, etc.) plutôt qu'à RECHERCHER la cause (ou les causes) de ce comportement.
- La mise en place de plusieurs interventions préventives constitue, dans bien des cas, une mesure de remplacement efficace et elle permet d'éviter l'utilisation de la contention ou, le cas échéant, d'en réduire la durée.
- Le travail d'équipe est un incontournable pour dépister, évaluer et proposer des interventions préventives et correctrices au delirium. Le médecin, l'infirmier, le pharmacien et le préposé aux bénéficiaires ainsi que les autres membres de l'équipe jouent des rôles majeurs dans la trajectoire du delirium : prévention, traitement et réadaptation;
- Les proches jouent un rôle capital pour la personne. Leur présence est souvent déterminante dans le recouvrement rapide de la santé de leur parent ou ami. Il ne faut pas hésiter à bien les informer et à solliciter leur présence et leur collaboration aux soins.

Le formateur pourra utiliser les vignettes relatives à l'agressivité chez une personne affectée par un problème de santé mentale et présentant un delirium aux urgences.

RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DMS-IV-TR Fourth Edition*, American Psychiatric Publishing, 1994, 886 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), « Practice Guideline for the Treatment of Patient with Delirium », American Psychiatric Publishing (série « American Psychiatric Association Practice Guidelines »), 1999, 75 p.

COLE, M. G., F. J. PRIMEAU, R. F. BAILEY, *et alii*, « Systematic Intervention for Elderly Inpatient With Delirium : A Randomized Trial », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. CLI, n° 7 (octobre 1994), p. 965-970.

CULP, K., « Acute Confusion », dans V. CARRIERI-KOHLMAN, A. M. LINDSEY et C. M. WEST [éd.], *Pathophysiological Phenomena in Nursing : Human Responses to Illness*, Philadelphie, Saunders, 2003, p. 155-171.

DUPPILS, G. S. Et K. WIKBLAD, « Cognitive Function and Health-Related Quality of Life After Delirium in Connection With Hip Surgery : A Six Month Follow-Up », dans *Orthopedic Nursing*, vol. XXIII, n° 3 (mai/juin 2004), p. 195-203.

EUCHER, P. H., P. LALOUX et C. H. SWINE, « Le syndrome confusionnel aigu à l'hôpital », dans *Louvain Med.*, vol. CXIX, (2000), p. 134-141.

FICK, D. M., J. A. AGOSTINI et S. K. INOUE, « Delirium Superimposed on Dementia : A Systematic Review », dans *The American Geriatrics Society*, vol. L, n° 10 (2002), p. 1723-1732.

FOREMAN, M. D. et D. ZANE, « Nursing Strategies for Acute Confusion in Elders », dans *The American Journal of Nursing*, vol. XCVI, n° 4 (avril 1996), p. 44-51 et 51-52.

FOREMAN, M. D., B. WAKEFIELD, K. CULP, *et alii*, « Delirium in Elderly Patients : An Overview of the State of the Science », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXVII, n° 4 (2001), p. 12-20.

- GRAY-VICKREY, P., « What's behind acute delirium? », dans *Nursing made incredibly easy!*, vol. III, n° 1 (janvier/février 2005), p. 20-28.
- INOUE, S. K., S. T. BOGARDUS, C. S. WILLIAMS, *et alii*, « The Role of Adherence on the Effectiveness of Nonpharmacologic Interventions, Evidence from Delirium Prevention Trial », dans *Archives of Internal Medicine*, vol. CLXIII, n° 8 (28 avril 2003), p. 958-964.
- LAPLANTE, J., M. COLE, J. McCUSKER, *et alii*, « Confusion Assessment Method : Validation d'une version française », dans *Perspectives infirmières*, vol. III, n° 1 (2005), p. 12-22.
- LEENTJENS, A. F. G. et R. C. VAN DER MAST, « Delirium in Elderly People : An Update », dans *Current Opinion in Psychiatry*, vol. XVIII, n° 3 (juillet 2005), p. 325-330.
- LIPOWSKI, Z. J., « Delirium (Acute Confusional States) », dans *The Journal of the American Medical Association*, vol. CCLVIII, n° 13 (2 octobre 1987), p. 1789-1792.
- MARCANTONIO, E. R., J. M. FLACKER, R. J. WRIGHT, *et alii*, « Reducing Delirium After Hip Fracture : A Randomized Trial », dans *Journal of American Geriatrics society*, vol. XLIX, n° 5 (mai 2001), p. 516-522.
- McCURREN, C. et S. N. CRONIN, « Delirium Elders Tell Their Stories and Guide Nursing Practice », dans *MedSurg Nursing*, vol. XII, n° 3 (2003), p. 318-323.
- MENTES, J., K. CULP, B. WAKEFIELD, *et alii*, « Desydratation as a Precipitating Factor in the Development of Acute Confusion in the Frail Elderly », dans M. J. ARNAUD, B. VELLAS, J. L. ALBAREDE et P. J. GARRY [éd.], *Facts, Research and Intervention in Geriatrics : Hydration and Aging*, New York, Springer, 1998, p. 83-100.
- MILISEN, K., M. D. FOREMAN, I. L. ABRAHAM, *et alii*, « A Nurse-Led Interdisciplinary Intervention Program for Delirium in Elderly Hip-Fracture Patients », dans *Journal of American Geriatrics society*, vol. XLIX, n° 5 (mai 2001), p. 523-532.

- MILISEN, K., M. D. FOREMAN, J. GODDERIS, *et alii*, « Delirium in the Hospitalized Elderly : Nursing Assessment and Management », dans *Nursing Clinical North American*, vol. XXXIII, n° 3 (1998), p. 417-439.
- MILISEN, K., M. D. FOREMAN, M. WOUTERS, *et alii*, « Documentation of Delirium in Older Patients with Hip Fracture », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXVIII, n° 11 (2002), p. 23-29.
- MILISEN, K., J. LEMIENGRE, T. BRAES, *et alii*, « Multicomponent Intervention Strategies for Managing Delirium in Hospitalized Older People : Systematic Review », dans *Journal of Advanced Nursing*, vol. LII, n° 1 (2005), p. 79-90.
- MORIN, M. et F. PIUZE, « Le delirium : comment éviter soi-même la confusion! », dans *Le Médecin du Québec*, vol. XXXIX, (6 juin 2004), p. 71-77.
- RAHKONEN, T., H. MAKELA, S. PAANILA, *et alii*, « Delirium in Elderly People Without Severe Predisposing Disorders : Etiology and 1-Year Prognosis After Discharge », dans *Int. Psychogeriatr.*, vol. XII, n° 4 (2000), p. 473-481.
- RAPP, C. G., L. L. ONEGA, T. TRIPP-REIMER, *et alii*, « Trainning of Acute Confusion Resource Nurses, Knowledge, Perceived Confidence, and Role », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXVII, n° 4 (2001), p. 34-40.
- ROCHAT, S., V. CAMUS et C. BÜLA, « État confusionnel aigu chez la personne âgée », dans *Revue Médicale de la Suisse romande*, vol. CXXIII, (2003), p. 685-689.
- RAPP, C. G., B. WAKEFIELD, M. KUNDRAT, *et alii*, « Acute Confusion Assessment Instruments : Clinical Versus Research Usability », dans *Applied Nursing Research*, vol. XXXIII, n° 1 (2000), p. 37-45.
- TUNE, L. E., « Post-operative Delirium », dans *Int. Psychogeriatr.*, vol. III, n° 2 (1991), p. 325-332.
- WAKEFIELD, B. J., « Behaviors and Outcomes of Acute Confusion in Hospitalized Patients », dans *Applied Nursing Research*, vol. XV, n° 2 (2002), p. 209-216.
- ZAKRIYA, K., F. E. SIEBER, C. CHRISTMAS, *et alii*, « Brief Postoperative Delirium in Hip Fracture Patients Affects Functional Outcome at Three Months », dans *Anesthesia & Analgesia*, vol. XCVIII, n° 6 (décembre 2004), p. 1798-1802.

Autres articles intéressants à consulter

POTTER, J. et J. GEORGE, « The Prevention, Diagnosis and Management of Delirium in Older People : Concise Guidelines », dans *Clinical. Medicine*, vol. VI, n° 3 (mai/juin 2006), p. 303-308.

BERGMANN, M. A., K. M. MURPHY, D. K. KIELY, *et alii*, « A Model for Management of Delirious Postacute Care Patients », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. LIII, n° 10 (octobre 2005), p. 1817-1825.

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LE DELIRIUM

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA PERSONNE

Orientation	• Donner des repères temporels (calendrier), spatiaux (objets familiers, photos) et humains (proches au chevet, personnel stable) et resituer souvent la personne dans le temps et l'espace. • Promouvoir une conversation portant sur l'orientation au moins une fois par jour (chez les patients avec un MMSE inférieur à 20, cette activité est augmentée à 3 fois par jour).	• Morin et Piuze, 2004 • Inouye, Borgadus, Williams, et alii, 2003.
Audition ou vision	• Promouvoir le port des lunettes (nettoyer ou réparer au besoin) et le port de l'appareil auditif. • Utiliser des aides visuelles (par exemple: une loupe). • Renforcer quotidiennement l'utilisation des supports visuels ou auditifs. • Utiliser des techniques de communication spéciales.	• Inouye, Borgadus, Williams, et alii, 2003, Morin et Piuze, 2004 • Inouye, Borgadus, Williams, et alii, 2003. • Inouye, Borgadus, Williams, et alii, 2003. • Inouye, Borgadus, Williams, et alii, 2003.

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LE DELIRIUM

Mobilité	• Promouvoir des activités physiques 3 fois par jour (ex : « ambulation or range-of-motion »). • Minimiser le recours à des éléments limitant la mobilisation (ex : sonde urinaire, contention). • Favoriser la marche. • Limiter le nombre de tubulures (ex : sonde, tube nasogastrique, soluté). • Éviter les contentions physiques. • Consulter un physiothérapeute.	• Inouye, Borgadus, Williams, <i>et alii</i>, 2003. • Morin et Piuze, 2004. • Morin et Piuze, 2004. • Morin et Piuze, 2004. • Inouye <i>et alii</i>, 1999/ Borgadus <i>et alii</i>, 2003 (dans Milisen, Lemiergre, Braes, <i>et alii</i>, 2005).
Volume hydrique	• Repérer les signes de déshydratation et instaurer une mesure adéquate des ingesta (ex : encourager la prise de liquide oral).	• Inouye, Borgadus, Williams, <i>et alii</i>, 2003.
Sommeil	• Administrer le protocole de sommeil non pharmacologique qui consiste en un breuvage chaud (lait, tisane), une musique de relaxation et un massage du dos. • Coordonner les soins et la médication pour éviter d'interrompre les périodes de sommeil la nuit. • Mettre en place des stratégies pour diminuer les bruits à l'unité la nuit.	• Inouye, Borgadus, Williams, <i>et alii</i>, 2003. • Inouye, Borgadus, Williams, <i>et alii</i>, 2003 • Inouye, Borgadus, Williams, <i>et alii</i>, 2003.
Médications	• Réviser la médication au moment de l'admission : cesser les médicaments qui sont inutiles ou nuisibles et choisir judicieusement les nouveaux. • Consulter un pharmacien.	• Morin et Piuze, 2004
Soins	• Réduire au minimum les causes prévisibles.	• Morin et Piuze,

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LE DELIRIUM

médicaux

- Assurer un suivi médical attentionné.
- Bien maîtriser la douleur.
- Prévenir les symptômes de sevrage.

2004

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

Stimulation

- Doser la stimulation : éviter la surstimulation environnementale (séjour prolongé à l'urgence, aux soins intensifs, à l'unité coronarienne) et la sous-stimulation (isolement).
- Avoir des repères dans l'environnement qui favorisent l'orientation : calendrier, horloge, photographie de personnes connues, objets familiers ou personnels.
- Offrir un environnement calme avec une luminosité indirecte.
- Utiliser la veilleuse la nuit.
- Faire écouter de la musique significative pour le patient.

• Morin et Piuze, 2004

Famille

- Encourager la présence de la famille au chevet. Inviter les membres de la famille à se répartir les visites entre eux afin d'assurer une présence régulière auprès de leur proche.
- Faire participer les membres de la famille aux diverses activités préventives d'orientation, de stimulations cognitives et de mobilité, entre autres.

Intervenants

- Encourager le personnel à être à l'écoute et à avoir une approche rassurante, calme et douce.
- Aider la personne à reconnaître son anxiété, ses peurs.
- Informer le patient et la famille sur le risque de delirium relié à l'état de santé et au nouvel environnement de soins.
- Établir une routine de soins structurée.

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LE DELIRIUM

	Assurer la présence des mêmes intervenants au chevet.	
Activités thérapeutiques	- Encourager le patient à participer à des activités de stimulation cognitive trois fois par jour (ex : discussion des événements de l'actualité, activité de réminiscence structurée, jeux de mots, activités artistiques). - Impliquer un spécialiste en thérapie récréative.	- Inouye, Borgadus, Williams, <i>et alii</i>, 2003. ▪ Inouye <i>et alii</i>, 1999/ Borgardus <i>et alii</i>, 2003 (dans Milisen, Lemiergre, Braes, <i>et alii</i>, 2005).
Autres consultations	Consultation proactive en psychiatrie ou en gériatrie chez les patients présentant plusieurs facteurs de risque de delirium.	• Cole <i>et alii</i>, 1994 (dans Milisen, Lemiergre, Braes, <i>et alii</i>, 2005); Leentjens et Van der Mast, 2005.

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS POUR CORRIGER LE DELIRIUM

Causes du delirium

- Corriger les causes physiques: infections (urinaire, pulmonaire, etc.), rétention urinaire, fécalome, hypoxie, poly pharmacologique, alcool, narcotique, intoxication, hyponatrémie, hypoxémie, douleur ou autres.
- Tenir compte des causes environnementales.
- Encourager la réorientation des patients, les rassurer et les informer sur le delirium; cela peut diminuer leurs peurs et leur démoralisation.
- Évaluer et assurer la sécurité du patient et de son entourage.

• Cole et coll., 1994 (dans Milisen, Lemiergre, Braes, Foreman 2005)
American Psychiatry Association (1999)

Médications

- Un arsenal thérapeutique contre le delirium est disponible. Les principaux médicaments utilisés sont l'halopéridol (Haldol), le rispéridone (Risperdal), l'olanzapine (Zyprexa, Zydis), le lorazépam (Ativan), l'oxazépam (Sérax) ou la quétiamine (Seroquel).

• American Psychiatry Association, 1999
• Morin et Piuze, 2004
• Leentjens, van der Mast 2005

Mettre en application l'ensemble des interventions mentionnées centrées sur la personne et l'environnement dans le tableau des interventions préventives.

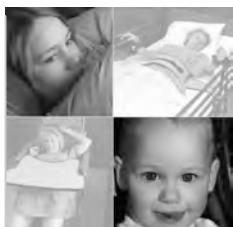


Problématique clinique
L'errance

Olivette Soucy
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	4
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	6
LE SAVIEZ-VOUS?	7
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	8
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	9
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	15
NOTE DU FORMATEUR	16
RÉFÉRENCES	17



INTRODUCTION

BUT

Ce module traite de l'errance qui constitue un des comportements incitant les intervenants à utiliser régulièrement des mesures de contrôle qui se révèlent, la plupart du temps, plus néfastes que bienfaisantes.

Le but poursuivi par ce module est d'expliquer le phénomène de l'errance et les difficultés qui surgissent pour l'individu âgé empêché de suivre son penchant naturel.

Ce module présente également les interventions à privilégier : l'évaluation et la gestion du comportement d'errance et les mesures de remplacement à la contention.

LE MODULE *ERRANCE* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- L'errance et ses conséquences.
- L'efficacité des mesures de contrôle pour diminuer l'errance.
- Les données probantes et les résultats de recherche sur le sujet.
- Comment répondre au besoin de la personne errante sans utiliser les mesures de contrôle :
 - Analyse et observation du comportement;
 - Identification des facteurs déclencheurs du comportement;
 - Mesures de remplacement aux mesures de contrôle.



DÉFINITIONS

L'errance est définie comme un comportement répétitif de marche et de déplacements incessants qui sont non contrôlables. Ce sont des déambulations répétées, parfois presque continues, que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent comporter ou non des dangers pour elle. L'errance répond au besoin d'être en mouvement (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990).

L'errance exprime un état d'être quelconque. La personne ne détenant plus les capacités de s'exprimer ou n'ayant plus accès à son répertoire de moyens de communication, elle utilise d'autres moyens : la marche et le déplacement incessant.

QU'EST-CE QUE L'ERRANCE?

Il existe quatre types d'errance :

- **L'errance avec un but et un comportement de recherche** : La personne recherche une chose ou une personne. Elle ressent un besoin physique ou psychologique.
- **L'errance avec un but et un comportement d'occupation** : La personne reproduit des comportements industriels du passé. Elle cherche à demeurer occupée.
- **L'errance sans but apparent** : La personne semble avoir un but au début de l'errance puis elle l'oublie en cours de route. Elle est distraite par autre chose ou par une personne.
- **L'errance liée à l'utilisation prolongée de neuroleptiques.**

Une personne peut présenter plus d'un type d'errance à la fois.

L'errance survient surtout le jour et le soir, mais parfois aussi la nuit.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

LES CONSÉQUENCES DE L'ERRANCE

- Diverses conséquences bénéfiques ou néfastes sont possibles pour la personne errante. Marcher est salubre et libère des tensions; la déambulation permet de prendre contact avec les autres. Toutefois, l'errance comporte également des conséquences qui peuvent être néfastes, notamment les risques de chute, de fugue, de blessure, d'égarement, de grande fatigue, voire d'épuisement.
- Ce sont les conséquences néfastes de l'errance qui sont invoquées pour justifier le recours aux mesures de contrôle. L'utilisation de ces mesures est parfois fondée sur un réel souci de protection de la personne, mais souvent, elle est motivée par l'exaspération. À l'occasion, il arrive aussi que la famille demande la mise d'une contention pour ces mêmes raisons.

EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE POUR CONTRER L'ERRANCE

- La mise en place d'une contention peut s'avérer utile dans certaines situations. Cependant, son usage devrait être limité, car, selon Hottin, Bourque et Bonin (2002), l'application d'une mesure de contrôle peut enrayer ou réduire un comportement comme l'errance, mais elle peut aussi engendrer l'apparition d'autres comportements perturbateurs.
- En mettant la personne sous contention ou en isolement, l'intervenant nie le besoin de bouger de la personne, ce qui peut conduire à une escalade d'agitation et d'agressivité.
- Aucune étude ne permet de connaître le taux réel de succès lié à l'application de mesures de contrôle dans des cas d'errance, mais, de façon empirique, on constate que cette pratique est régulière et que les personnes errantes deviennent agitées lorsqu'elles sont placées sous contention. Certaines se blessent en tentant de se libérer de la contention.
- La déambulation et le risque de fugue ne devraient jamais être des motifs de mise sous contention.

- Le camouflage, les mesures de sécurité, les grilles et autres interventions environnementales sont préférables aux contentions pour diminuer l'errance. Aucune méthode n'est réellement infaillible et ne remplace la surveillance du personnel.

NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER DES MESURES DE REMPLACEMENT AUX MESURES DE CONTRÔLE

- Dans une perspective de qualité de soins, l'errance doit être « mieux » gérée plutôt que d'être réduite, et ce, de manière à satisfaire le besoin fondamental de marcher de la personne. Les mesures de remplacement doivent être mises de l'avant, car il faut se rappeler que les mesures de contrôle sont des moyens de dernier recours.
- Posé après avoir soigneusement évalué l'ensemble de la situation avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, la personne et les proches, le jugement clinique reste encore le meilleur outil de gestion.



LA SITUATION SUR LE TERRAIN

Actuellement, dans plusieurs milieux de soins, l'errance peut entraîner la mise en place quasi automatique d'une mesure de contrôle chez la personne. Dans les unités de soins aigus, les raisons invoquées s'articulent autour de la protection qu'il faut accorder aux personnes hospitalisées et la croyance encore persistante selon laquelle la contention pour assurer la sécurité est un standard (Roy et Authier, 2006).

Le même problème existe dans les unités de soins prolongés où l'on installe souvent la personne errante dans un fauteuil gériatrique avec tablette. Cependant, il existe, dans certains centres, des unités prothétiques où la personne errante peut marcher à volonté sans risque (Ducros-Gagné, 2001).

La volonté gouvernementale d'humaniser les milieux de soins de longue durée et de créer des milieux substitutifs pour les personnes devant vivre l'institutionnalisation est exprimée dans les *Orientations ministérielles* (2003). L'implantation de ces nouveaux programmes devrait améliorer les conditions de vie de ces personnes.

LE SAVIEZ-VOUS?

MYTHE : On doit à tout prix maintenir une personne errante dans un fauteuil gériatrique avec tablette. On évite ainsi les contentions et les problèmes.

Faux.

Le fauteuil gériatrique avec tablette est aussi une contention. Appliquer une contention à quelqu'un qui veut marcher risque de provoquer de l'agitation ou de l'agressivité.

MYTHE : Toutes les personnes qui errent sont à risque de fugue et doivent être mises sous contention.

Faux.

Il faut savoir que la personne errante n'a pas vraiment l'intention de quitter la pièce. Elle répond à son désir de bouger. La volonté consciente de fuir n'est pas présente chez la plupart des personnes présentant des déficits cognitifs. Ils marchent spontanément.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les données probantes et les résultats de recherche sont présentés dans les différentes rubriques du module.

Les résultats des recherches en cours mettent l'accent sur la pertinence de créer un environnement adapté aux besoins d'une clientèle souffrant de troubles cognitifs. Ces recherches portent notamment sur les aspects environnementaux tels que l'éclairage et l'organisation physique des lieux, car ces éléments sont susceptibles de contribuer à la création d'un état de bien-être, de calmer le stress et, ainsi, de diminuer l'errance chez les personnes souffrant de démence (Poldma, 2005).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

COMMENT RÉPONDRE AU BESOIN DE LA PERSONNE ERRANTE SANS UTILISER LES MESURES DE CONTRÔLE?

Pour amorcer un véritable changement de pratique, il faut connaître les principales actions à entreprendre. Le comportement d'errance peut être présent chez des personnes qui circulent en marchant ou en fauteuil roulant. Dans les deux cas, il faudra prévoir un milieu capable d'encadrer la personne.

Afin de mettre en place des mesures de remplacement pour pallier l'errance, il faut d'abord connaître la situation vécue par la personne et les facteurs qui déclenchent ce comportement (voir à ce sujet les modules référentiels et, plus spécifiquement, le module sur le processus de prise de décision ainsi que le module sur les comportements perturbateurs).

CONNAISSANCE DE LA SITUATION VÉCUE PAR LA PERSONNE ERRANTE

Pour connaître le sens de l'errance d'un individu, il faut, selon Lévesque, Roux et Lauzon (1990), faire une analyse fonctionnelle du comportement et identifier les facteurs déclencheurs. Cette analyse comprend trois étapes : la description du comportement, l'examen des antécédents et les conséquences.

ANALYSE ET OBSERVATION FONCTIONNELLE DU COMPORTEMENT

1. Questions pour faire une description du comportement et mesurer son ampleur :

- Quand et à quel moment précis de la journée l'errance commence-t-elle?
- Quels sont les parcours et ses points de départ, le chemin emprunté, les arrêts?
- Quelle est la destination (sortie, autres chambres)?
- Y a-t-il des endroits dangereux sur le parcours?
- Le même itinéraire est-il parcouru d'une fois à l'autre?
- Quelles sont les activités durant le parcours?

- Y a-t-il des points de repère?
- Existe-t-il des interactions verbales?
- Est-ce qu'il a des contacts physiques?
- La personne s'arrête-t-elle davantage à des endroits communitaires où elle est susceptible de rencontrer du monde?
- Quelles sont les attitudes de la personne?

Il est extrêmement important de vérifier **le danger** que l'errance peut représenter pour la personne elle-même et pour les autres.¹

2. Examen des antécédents :

- Quelles étaient les habitudes de vie de la personne avant l'hébergement?
- Quelle profession, quel métier exerçait-elle?
- À quel type de personnalité appartient-elle?
- Quels sont les principaux traits de son caractère?
- Quelles sont les activités physiques et sportives pratiquées dans sa vie active?
- Etc.

3. Conséquences

IDENTIFICATION DES FACTEURS DÉCLENCHEURS DU COMPORTEMENT

Pour parvenir à gérer le comportement d'errance, il est important de connaître les causes qui le déclenchent. Ce sont des facteurs personnels, des facteurs environnementaux ou des éléments liés à la structure organisationnelle.

Facteurs personnels

Certains facteurs déclencheurs sont reliés à la personne. Pour les connaître, il est possible de faire le *Parcours de vie* (Dubé et Lemieux, 1995) de la personne afin de vérifier si la marche est un prolongement d'habitudes antérieures.

- Dans le passé, marchait-elle beaucoup? Faisait-elle les cent pas en situation de stress?
- L'errance peut-elle être reliée à des gestes de sa vie professionnelle? À des loisirs?

La collecte des données devient **un outil de communication extrêmement important** et les proches sont des alliés indispensables pour explorer les pistes qui permettront d'interpréter le comportement selon l'histoire de vie de la personne. Il faut également essayer de déceler les sentiments que la personne veut exprimer par ce comportement si l'on souhaite y remédier.

Facteurs environnementaux

Certains facteurs qui favorisent l'errance sont liés à l'environnement : le bruit, la luminosité, le grand nombre de personnes, le va-et-vient des intervenants, la température ambiante, l'aménagement physique de l'unité, la promiscuité des portes de sortie ou des ascenseurs, l'accessibilité des objets associés aux sorties (manteaux, bottes, parapluie, canne, etc.). Il est vrai que la plupart des unités de soins ne sont pas conçues pour répondre aux besoins d'une personne errante.

Facteurs reliés à la structure organisationnelle

Dans plusieurs établissements, traiter le comportement d'errance ne fait pas partie du programme régulier de soins. Le personnel est souvent réduit et celui qui est en place n'a pas le temps d'exercer une surveillance sans compter que la culture de l'unité ne prévoit pas de plan pour une clientèle errante. À ces facteurs, s'ajoute le fait que nombre d'intervenants ne savent comment gérer les comportements d'errance. Dès lors, la solution la plus simple pour éviter des accidents ou des incidents est de restreindre la personne errante dans ses mouvements.

MESURES DE REMPLACEMENT AUX MESURES DE CONTRÔLE APPLIQUÉES AUX PERSONNES ERRANTES

Si l'on souhaite laisser la personne errante suivre son penchant naturel pour la marche et éliminer le recours aux mesures de contrôle, il faut prévoir des mesures de remplacement adéquates.

1. Mesures de remplacement orientées vers la personne errante

- Il faut identifier tous les facteurs qui déclenchent l'errance si l'on souhaite parvenir à les gérer.
- Lorsque cela est possible, il est souhaitable de déterminer un parcours propre à la personne errante. Par exemple, elle pourrait marcher de sa chambre jusqu'au poste de garde de l'unité, puis de sa chambre à la salle à manger ou

au salon de l'étage. Ce parcours doit pouvoir être répété et ne présenter aucun obstacle dangereux (Dionne, 1997). Il faut également procurer à la personne de bons souliers de marche et faire en sorte qu'ils soient accessibles en tout temps.

- Il faut mettre en place les interventions de soins indiquées pour une personne souffrant de troubles cognitifs afin de soigner la condition médicale sous-jacente tout en évitant de surmédicaliser. Il faut aussi répondre adéquatement aux besoins de base de la personne : faim, soif, élimination et suivi du rythme. Il faut soulager la douleur, le cas échéant.
- Au moment des soins, il importe de respecter, si possible, l'horaire antérieur des activités de la vie quotidienne de la personne : heure du réveil, de la douche, des repas, de l'élimination. Lors de ces activités, il est préférable d'utiliser des objets personnels. Il est souhaitable d'employer des consignes verbales simples, courtes, précises, claires, directes et personnalisées. On peut utiliser des barrières psychologiques dans la pièce où se déroulent les soins (par exemple tirer le rideau calmement afin de fournir une certaine intimité, inviter la personne à fermer la porte de la pièce, etc.). En tout temps, il faut informer la personne des actions qui se déroulent.
- Pour la personne errante à risque d'épuisement, il faut prévoir des temps de repos au fauteuil gériatrique. Il faut discuter de cette mesure possible avec la personne et les proches et bien leur expliquer les buts recherchés ainsi que les avantages qui y sont reliés tout en considérant les inconvénients de cette mesure afin d'obtenir au préalable le consentement de la personne, si elle est apte, ou de son mandataire.
- Il est souhaitable de favoriser des activités personnelles : bricolage, pliage de linge, petits travaux connus et aimés. Il faut planifier et superviser des sessions d'exercices ou des marches régulières, selon les préférences de la personne.
- Il faut planifier des activités structurées à l'intérieur et à l'extérieur (activités simples, concrètes, répétitives, de courte durée et qui ne demandent pas de concentration comme chanter ou jouer à divers jeux).
- Il faut organiser des activités intéressantes en prenant en considération les habiletés et les intérêts de la personne.

- Il faut prévoir des activités de soir ou de nuit, si nécessaire, pour ceux qui errent durant ces périodes (par exemple le travailleur de nuit à la retraite qui ne dort pas la nuit).
- Il est possible de recourir à la thérapie occupationnelle, à la musicothérapie ou à la zoothérapie, selon la tolérance (consultation avec le technicien de loisirs, l'ergothérapeute, le physiothérapeute).
- Il faut favoriser les interactions sociales même s'il y a présence de déficience cognitive sévère.
- S'il existe un problème de sommeil et d'errance nocturne, il faut établir un horaire régulier de l'heure du coucher pour instaurer une routine et favoriser une bonne hygiène de sommeil en évitant les stimulants (nicotine, caféine, cola, exercices dans la soirée) et les siestes durant la journée.

2. Mesures orientées vers l'environnement

- **Rendre le milieu sécuritaire** est la première et la principale consigne. Il faut mettre un système de sécurité sur les portes, rendre les fenêtres sécuritaires et les planchers non glissants. Il faut solidifier la barre d'appui dans les corridors et dans la salle d'eau. Il faut installer des barrières psychologiques sur les portes de sortie, les portes d'urgence ou les portes des autres chambres (Namazi, Rosner et Calkins, 1989). Il importe toutefois de savoir que les intervenants demeurent les principaux acteurs et le seul moteur des mesures de surveillance. Même avec le système électronique le plus sophistiqué, la surveillance humaine demeure indispensable.
- **Il faut garder une atmosphère calme et éviter le va-et-vient continu dans l'unité.** On peut diffuser une musique douce ou assurer une luminosité reposante, des couleurs apaisantes sur les murs, des tableaux inspirant la joie et la sérénité (Poldma, 2005).
- Il faut prévoir un espace de marche pour les personnes à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur lorsque le temps le permet. Il faut enlever les obstacles qui pourraient barrer la route. Il faut bien identifier les chambres au nom de la personne (nom de fille et nom du mari pour les dames) avec, si possible, sa photo ou toute autre identification que reconnaît aisément la personne errante (par exemple la photo d'une scène de ski pour un ancien skieur).

- Il faut donner un espace personnel et respecter cet espace en laissant agir la personne sur son environnement.
- Il faut tenir un registre des personnes à risque de fugue avec une photo récente et la diffuser aux unités voisines et aux postes stratégiques de sortie.
- Au bout d'un corridor, on peut mettre une « armoire à fouiller » contenant des objets familiers (sacs à main, peluches, serviettes, outils non dangereux, journaux, etc.) qui attireront l'attention de la personne errante.

Implication des proches

- Si les proches sont rassurés quant à la situation de leur parent, il est probable qu'ils collaborent mieux. Une information adéquate sur le phénomène de l'errance est un bon stimulant. Débarrassés de la honte et de la crainte de voir leur parent déranger les autres et risquer d'être agressé par eux, les proches pourront dès lors participer aux soins et aux programmes d'activités. Ils pourront notamment amener leur parent se promener à l'extérieur de l'unité. Ils pourront même aider les membres de l'équipe à trouver des mesures de remplacement aux mesures de contrôle.

3. Mesures orientées vers la structure organisationnelle

- Il est primordial que les milieux de soins offrent un environnement adéquat à la personne errante. Il est inexcusable d'appliquer des mesures de contrôle sous prétexte que l'on ne dispose pas du matériel nécessaire. Du soutien, de l'information et de la formation doivent être également disponibles pour les intervenants. Le fait de mieux comprendre l'errance aidera sûrement l'équipe à mieux gérer la situation et à préserver la qualité de vie de la personne errante.
- L'établissement doit également avoir une politique en cas de fugue d'une personne.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Il ne faut jamais présumer que l'errance est toujours un problème pour la personne. L'errance n'est pas un comportement dangereux en soi si elle est vécue dans un environnement sécuritaire.
- Recourir à une mesure de contrôle est un moyen de dernier recours. Il faut favoriser des mesures de remplacement.
- En connaissant bien le vécu antérieur de la personne errante, il est possible de proposer des activités qui seront adaptées à la personnalité et aux caractéristiques de la personne.
- Le fait d'informer les proches sur la problématique de l'errance les amène à mieux comprendre et à coopérer davantage.
- Il importe de s'assurer que le milieu offre un environnement approprié et encadré.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module clinique traite de l'errance et présente des suggestions d'aménagement et des alternatives qui permettent de mieux encadrer l'errance sans recourir aux mesures de contrôle.

La démarche proposée respecte le processus de décision présenté dans les modules référentiels et repris dans les vignettes cliniques.

RÉFÉRENCES

- ALTUS, Deborah E., R. Mark MATTHEWS, Pamela. K. XAVERIUS, *et alii*, « Evaluating an Electronic Monitoring System for People Who Wander », dans *American Journal of Alzheimer's Disease*, vol. XV, n° 2 (mars/avril 2000), p. 121-125.
- DIONNE, D., *La marche dirigée : Méthode de soins et direction des soins infirmiers* non publié, Centre hospitalier Jacques-Viger, Montréal, 1989.
- DUBÉ, M. et C. LEMIEUX, *Parcours de vie*, Laboratoire de gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, 1995.
- DUCROS-GAGNÉ, M., « L'approche prothétique : une mesure d'aide spécifique à la clientèle âgée », dans L. LÉVESQUE et O. MAROT [dir.], *Un défi simplement humain : des soins pour les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs*, Enlever le soulignement dans le pdf Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 1988, p. 43-52.
- HOTTIN, P., M. BOURQUE et C. BONIN, « Approche des troubles du comportement chez les personnes atteintes de déficits cognitifs », dans Marcel ARCAND et Réjean HÉBERT [éd.], *Précis pratique de gériatrie*, chap. 16, Saint-Hyacinthe, Edisem, 1997, p. 229-238.
- LÉVESQUE, Louise., Carole ROUX et Sylvie LAUZON, « Errance et fugue », dans *Alzheimer : Comprendre pour mieux aider*, chap. 8, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 1990, 331 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD », dans *Orientations ministérielles*, 2003, 24 p.
- NAMAKI, K. H., T. T. ROSNER et M. CALKINS, « Visual Barriers to Prevent Ambulatory Alzheimer's Patients from Existing Through an Emergency Door », dans *The Gerontologist*, vol. XXIX, n° 5 (octobre 1989), p. 699-702.
- POLDMA, Tiiu, *Rapport final sur le développement des produits d'éclairage pour améliorer le bien-être d'une population vieillissante et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Montréal, Institut de Design de Montréal et Université de Montréal, 2005, 38 p.

ROY, O. et M. AUTHIER, « Utilisation de la contention physique », dans *La Gérontoise*, vol. XVII, n° 2 (2006), p. 4-13.



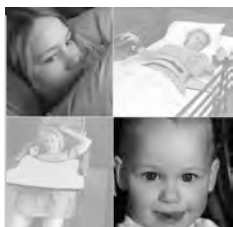
Problématique clinique

L'interférence aux traitements incommodants

Lise St-Pierre
Suzanne Plante
Céline Carrier
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITION	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	4
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	9
LE SAVIEZ-VOUS?	11
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	13
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	14
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	28
VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE	29
RÉFÉRENCES	30



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est d'examiner le phénomène de l'interférence aux traitements incommodants qui constitue l'un des motifs de recours à la contention bien que ce moyen ne soit pas aussi efficace qu'on le prétend. Le module rappelle l'importance de l'évaluation et du plan d'interventions interdisciplinaire dans la prévention ou la réduction de l'interférence aux traitements incommodants et dans la diminution de l'utilisation de la contention.

LE MODULE *INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Le phénomène de l'interférence aux traitements incommodants, ses conséquences et l'inefficacité de la contention physique.
- Les définitions :
 - Définitions;
 - Description des principales manifestations cliniques;
 - Prévalence;
 - Facteurs qui prédisposent et qui précipitent;
 - Conséquences;
 - Efficacité de la contention.
- La situation actuelle sur le terrain.
- Les fausses croyances concernant l'utilisation de la contention physique lors de traitements incommodants.
- Les stratégies gagnantes pour un changement de pratique :
 - Évaluation et recherches de causes;
 - Propositions d'interventions en vue d'établir un plan d'interventions individualisé;
 - Réévaluation.



DÉFINITIONS

TRAITEMENT :

Ensemble des moyens thérapeutiques employés et des interventions posées dans le but de soigner une personne selon sa condition de santé (adaptation de la définition du dictionnaire des termes techniques de médecine).

INCOMMODANT :

« Terme utilisé pour qualifier ce qui est désagréable, inconfortable, dérangement, qui gêne par sa présence, qui indispose ou qui ennuie » (*Le Petit Robert*, 2003).

INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS :

« Déplacement ou autoretrait d'un instrument ou d'un équipement qui entraîne l'interruption d'un traitement » (Happ, 2000).

INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS :

Aux fins de ce module et compte tenu des définitions précédentes, cette expression sous-entend les comportements du patient qui perturbent ou entrent en conflit avec les traitements prodigués (soins, examens diagnostiques, laboratoires, procédures médicales). Ces traitements sont perçus comme étant inconfortables par le patient parce qu'ils lui occasionnent de l'inconfort, de la gêne, de la peur ou de la douleur. Parmi ces comportements, on retrouve, entre autres, l'autoretrait des cathéters ou des équipements technologiques tels le soluté, le tube nasogastrique, la sonde urinaire, le cathéter artériel pulmonaire, un pansement, etc.

IMMOBILISATION THÉRAPEUTIQUE :

Ces termes sont utilisés pour exprimer le recours à une mesure de contention pour une courte période. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1996) les définit comme étant une intervention qui consiste à utiliser l'immobilisation physique en vue de supprimer toute liberté de mouvement, toute possibilité d'activité physique ou tout accès normal à son corps afin d'en faciliter le traitement. Par traitement, on entend les soins, les examens diagnostiques, les laboratoires, les procédures médicales, les injections et la prise de médication.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

TOUTES LES CLIENTÈLES SONT EXPOSÉES À L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS.

- Toutes les clientèles hospitalisées (les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées) sont exposées à ce phénomène.
- Tous les professionnels des unités de soins qui accueillent des clientèles présentant une altération de l'état mental ou susceptibles d'en présenter une sont exposés à des situations d'interférence aux traitements (Maciulli, Dorman, Brown, *et alii*, 2003).
- Toutefois, le problème de l'interférence aux traitements est le plus souvent observé chez des clientèles déjà vulnérables :
 - **Chez l'enfant**, il y a très peu de recherches sur la pertinence de l'utilisation de la contention liée à l'interférence aux traitements. Ceci démontre bien la tendance à réduire l'utilisation de la contention en vue de diminuer l'interférence aux traitements (Folkes, 2005).
 - Robinson et Collier (1997) rapportent que 74 % des intervenants affirment que l'immobilisation chez un enfant est une pratique courante justifiée par l'obligation de le protéger contre les blessures.
 - Chez les patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs (USI), l'incidence de la contention est de 20 à 40 % plus élevée que dans les unités de soins généraux (Madden, Boyko, Nurmi, *et alii*, 1994; Park et Lee, 1997; Minnick, Mion, Leipzig, *et alii*, 1998).
 - Choi (2003) observe, dans une étude en USI, que 48,6 % des infirmières appliquent la contention dans le but de prévenir le retrait des équipements technologiques et du matériel de soins

et que 29,3 % d'entre elles retirent les contentions lorsque le patient présente une amélioration de son état mental.

- Le vieillissement de la population, la pénétration massive d'équipements technologiques dans les milieux de pratique et l'intensification des soins aux patients font que la problématique d'interférence aux traitements fait partie d'une réalité clinique qui risque d'augmenter de façon significative au cours des prochaines années.

LORS D'UNE INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS, L'INTERVENANT DOIT AFFRONTER DE NOMBREUSES INCERTITUDES, CE QUI COMPLEXIFIE LA PRISE DE DÉCISION EN REGARD DE L'UTILISATION DE CONTENTIONS.

Les infirmiers et infirmières ont une grande responsabilité en ce qui a trait au maintien en place des équipements technologiques et du matériel de soins (Martin, 2002). En effet, selon Ortiz-Pruitt (1995) et Leith (1999), il existe de nombreuses incertitudes en regard de ce qui est cliniquement pertinent ou non pour l'utilisation de la contention lors d'une interférence aux traitements.

- Plusieurs infirmières de soins aigus et de soins critiques rapportent que la prévention du déplacement et du retrait des équipements technologiques est la principale raison pour appliquer des contentions (MacPherson, Lofgren, Granieri, *et alii*, 1990; Thomas, Redfern et John, 1995).
- De plus, l'incertitude varie d'une situation à l'autre, d'un patient à un autre; elle n'est jamais la même, ce qui contribue à augmenter la complexité des décisions. L'imprévisibilité des comportements des patients (agitation, état mental, niveau de maturité chez l'enfant) peut aussi venir intensifier cette complexité.

LES CONSÉQUENCES DE L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS PEUVENT ÊTRE UNE MENACE À L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE.

Tout d'abord, il importe de préciser que les conséquences de l'interférence aux traitements se divisent en deux catégories : les conséquences liées au fait de ne pas recevoir un traitement et les conséquences liées au fait d'être attaché ou immobilisé.

1. Les conséquences liées au fait de ne pas recevoir un traitement

- Même si l'interférence aux traitements est reconnue cliniquement, peu de recherches ont été menées sur ce sujet (Snyder 2004).
- La décision d'avoir recours aux contentions est fréquemment associée à une multitude de traitements ou de mécanismes technologiques et à du matériel de soins qui, s'ils sont interrompus ou enlevés, peuvent porter des préjudices importants à la personne et ainsi menacer sa sécurité (Vance 2004; Minnick, Mion, Leipzig, *et alii*, 1998; Balon, 2001; Happ, 1998).
- Selon Happ (2000) ainsi qu'Ofoegbu et Playfor (2005), la mort peut aussi être attribuable à l'interférence aux traitements dans certains cas.
- Dans les unités de soins critiques, les personnes sont souvent exposées à une variété de traitements et de technologies qui, s'ils sont interrompus, peuvent entraîner de façon imminente des conditions menaçantes pour la vie du patient (Maccioli, Dorman, Brown, *et alii*, 2003).

Quelques données concernant l'extubation, qui constitue une interférence aux traitements :

- Selon plusieurs auteurs, le taux de mortalité des patients ayant nécessité une réintubation à la suite de l'autoextubation est très élevé (Chevron, Menard, Richard, *et alii*, 1998; Christie, Dethlefsen et Cane, 1996; Maguire, DeLorenzo et Moggio, 1994).
 - Atkin, Mion, Mendelson, *et alii* (1997) soulignent un taux de complication de 5 à 28 % chez les patients qui se sont autoextubés.
- En résumé, les risques de l'interférence aux traitements ne sont pas tous du même niveau de gravité. Selon Vance (2003), les trois catégories d'effets associés à l'interférence aux traitements chez le patient hospitalisé sont :
 - les conséquences nuisibles (par exemple le déplacement d'électrodes ou du brassard à pression qui empêche de bien surveiller les paramètres hémodynamiques du patient);
 - les conséquences moindres (par exemple l'arrachement d'un pansement, d'une sonde ou d'un tube nasogastrique qui occasionne un léger saignement, de l'inconfort ou un traumatisme de tissus);
 - la menace pour la vie (par exemple l'autoretrait du mécanisme pour l'oxygénation (masque, canule nasale, tente, etc.),

l'extubation endotrachéale non planifiée qui provoque une détresse respiratoire ou l'arrachement d'un cathéter veineux central qui occasionne une exsanguination).

2. Les conséquences liées au fait d'être attaché ou immobilisé

- Le risque d'interférence aux traitements entraîne souvent l'utilisation de la contention de façon systématique. Cette pratique, trop souvent répandue selon Cotter (2005), minimise l'importance réelle des effets néfastes de la contention fréquemment associée à de graves complications (voir le module *Changement de pratique*), notamment :
 - **au niveau physique** : une diminution de la masse musculaire et de l'autonomie fonctionnelle, une augmentation du risque de chute et de blessure ainsi que la mort;
 - **au niveau psychologique** : une augmentation de la désorientation, de la combativité, de l'agressivité, de la régression et de la dépendance (Cotter, 2005; Selekman et Snyder, 1996; Ofoegbu et Playfor, 2005).
- Les résultats de recherches récentes tendent à montrer que la contention fait plus de tort que de bien (Swanger et Tomlin, 2000; Miles et Irvine, 1992).
- McGrath, Forrester, Fox-Young, *et alii* (2002) rapportent que l'immobilisation et la contention chez l'enfant provoquent une détresse émotionnelle tant chez l'enfant que chez le parent ainsi qu'un impact sur la relation de confiance avec l'intervenant.
- Robinson et Collier (1997) précisent que la mise sous contention d'un enfant lors d'une procédure clinique peut causer plus de détresse que la douleur causée par la procédure elle-même.
- La réaction au stress entraîne une augmentation du cortisol qui provoque une suppression du système immunitaire. Ainsi, le fait d'augmenter le stress chez l'enfant par l'utilisation d'une contention physique peut rendre ce dernier vulnérable aux infections nosocomiales (Selekman et Snyder 1995).

- Selon plusieurs résultats de recherche, la contention, appliquée seule, est souvent inefficace pour éviter l'autoretrait des cathéters ou des mécanismes technologiques (Happ, 1998 et 2000; Coppolo et May, 1990).

LES MESURES DE REMPLACEMENT VISANT À PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS SONT SOUVENT SOUS-UTILISÉES.

- Les interventions préventives visant à protéger le patient contre les conséquences délétères de l'application de contentions lors de traitements incommodants sont peu utilisées.
- Les professionnels doivent s'interroger davantage sur la pertinence du traitement lui-même et sur les mesures de remplacement possibles afin de mieux diriger le plan d'interventions individualisé.
- Il existe plusieurs interventions pour diminuer la gêne, la peur, la douleur ou l'inconfort occasionnés par les technologies, le matériel de soins ou les traitements incommodants (Maccioli, Dorman, Brown, *et alii*, 2003; Tomlinson, 2004). Il suffit d'y penser! Souvent, le recours à la contention n'est pas nécessaire.

En résumé, les différents niveaux de gravité des conséquences de l'interférence aux traitements et l'urgence des traitements à recevoir doivent faire partie intégrante des éléments à considérer lors de l'application de contentions. Toutefois, cette prise de décision en regard de la pertinence ou non de l'application de contentions doit d'abord être précédée de l'exploration des mesures de remplacement possibles selon la situation donnée.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

- L'interférence aux traitements est souvent invoquée pour justifier le recours à la contention.
- La contention est souvent considérée par les intervenants comme étant le seul moyen d'assurer la sécurité d'un patient lorsque ses comportements interfèrent avec les traitements.
- L'influence de la culture ambiante de l'unité joue un rôle important dans la décision d'appliquer ou non la contention. La responsabilité d'un plan d'interventions visant à diminuer l'interférence aux traitements incommodants se doit d'être interdisciplinaire. Toutefois, la pression des autres professionnels sur les infirmiers et infirmières pour le maintien en place des équipements technologiques est très grande (Happ, 2000).
- On peut souvent observer chez les professionnels un réflexe de contrôler un comportement plutôt que de tenter de le comprendre. Par exemple, l'application d'une contention sans évaluation clinique chez un patient présentant un déséquilibre électrolytique, une rétention urinaire ou une douleur occasionnée par un équipement technologique ne résoudra pas le problème de l'interférence aux traitements (Maccioli, Dorman, Brown, *et alii*, 2003). De même, un geste répétitif pour se gratter pourrait être interprété comme une tentative pour arracher son soluté, à moins que l'inconfort lié au diachylon n'explique le désir de la personne d'arracher le tout.
- Malgré le fait que l'application d'une contention ne devrait jamais être dans une intention punitive, on entend parfois des commentaires qui peuvent a priori sembler indiquer une intention de réprimande.
- En pédiatrie, il arrive malheureusement que les professionnels aient tendance à sous-estimer la capacité de compréhension et de collaboration de l'enfant. La résistance que l'enfant présente lors de procédures et de traitements motive les intervenants à agir rapidement sans prendre le temps d'expliquer à l'enfant et aux parents ce qu'ils font à l'enfant. De plus, les parents sont souvent tenus à l'écart alors que leur collaboration serait bénéfique à leur enfant (McGrath, Forrester, Fox-Young, *et alii*, 2002). Certains intervenants

incitent même les parents à quitter la pièce lors d'une procédure auprès de l'enfant. Pourtant, selon Willock, Richardson, Brazier, et *alii* (2004), les parents représentent la meilleure source de réconfort émotionnel pour l'enfant.

- L'immobilisation thérapeutique est parfois systématique. Robinson et Collier (1997) rapportent que 74 % des infirmiers et infirmières en pédiatrie jugeaient nécessaire d'appliquer une contention lors d'une procédure pour protéger l'enfant d'une blessure accidentelle.
- Certains intervenants peuvent avoir tendance à traiter les personnes âgées comme si elles étaient incapables de comprendre ce qu'on attend d'elles.

LE SAVIEZ-VOUS?

MYTHE : La contention prévient les blessures et protège le patient lors d'une interférence aux traitements.

Faux.

Le standard de soins devrait être de ne pas utiliser la contention. L'utilisation de la contention est potentiellement dangereuse et dégradante pour la personne (Park, Hsiao-Chen Tang et Ledford, 2005).

MYTHE : La contention diminue l'agitation.

Faux.

Les réponses psychologiques à la contention sont l'augmentation de l'agitation, la détresse émotionnelle, la peur et la perte de dignité (Martin, 2002).

MYTHE : En pédiatrie, la contention permet d'exécuter un traitement plus rapidement et de façon sécuritaire.

Faux.

L'utilisation de l'immobilisation thérapeutique (contention brève) entraîne un sentiment de perte de contrôle, d'anxiété et de détresse chez l'enfant. Cette mesure aura comme conséquence une diminution de la collaboration lors des procédures subséquentes ainsi qu'une perte de confiance envers les intervenants (Selekman et Snyder 1995).

MYTHE: La contention est utile pour permettre à un enfant hyperactif de se reposer.

Faux.

L'utilisation de la contention chez l'enfant augmente le niveau de stress (Selekman et Snyder, 1995).

MYTHE : Un patient « tout équipé » (par exemple en soins intensifs) risque de vivre moins de préjudices s'il est mis sous contention.

Faux.

L'utilisation de la contention peut augmenter l'agitation et l'incidence de l'autoextubation. La contention peut provoquer des effets inattendus et être associée à de graves complications autant physiques que psychologiques (voir la section portant sur les conséquences liées au fait d'être attaché ou immobilisé) (Chevron, Menard, Richard, *et alii*, 1998; Baer, 1998; Mion, 1996; Taggart et Lind, 1994).

MYTHE: La contention prévient l'autoextubation.

Faux.

Dans une étude effectuée en soins critiques, Balon (2001) rapporte que les extubations non planifiées ayant causé la mort surviennent autant chez les patients sous contention que chez ceux qui ne le sont pas.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Selon Ménard et Grenier (2004), le manque de personnel, leur attitude, leur niveau d'expertise ainsi que leur manque de connaissances sur des solutions alternatives aux mesures de contrôle sont des facteurs susceptibles d'influer sur l'usage des contentions.

D'autres données probantes et résultats de recherche sont fournis dans les différentes rubriques de ce module.



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Le changement de pratique commence par une meilleure connaissance des causes possibles de l'interférence aux traitements incommodants. Ainsi, l'évaluation de la situation clinique s'en trouvera facilitée.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003) précise que toute décision d'utiliser une mesure de contention requiert une **évaluation clinique initiale et continue** afin de déterminer la nature du problème (agitation, confusion, errance ou fugue) et son étiologie (déficit cognitif, trouble du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, souffrance psychologique, dangerosité). De plus, l'évaluation comprend les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux de la personne.

Par ailleurs, Happ (2000) ainsi que Chevron, Menard, Girault, et *alii* (1998) soulignent l'importance d'un meilleur dépistage des personnes à risque, incluant une évaluation initiale et continue des fonctions mentales, lesquelles jouent un rôle clé dans l'évaluation du risque d'interférence aux traitements. Choi (2003) précise que l'utilisation de bons outils pour l'évaluation des patients diminue la durée de l'utilisation de la contention.

Évaluation et recherche de causes de l'interférence aux traitements incommodants

LES CAUSES RELIÉES À LA PERSONNE

L'agitation

- L'agitation et la désorientation sont des facteurs souvent responsables de l'interférence aux traitements incommodants (Bruder et Stordeur, 2001).
- Plusieurs facteurs physiologiques et environnementaux peuvent précipiter l'apparition de l'agitation. Chez le jeune enfant par exemple, l'agitation peut être la manifestation de l'anxiété de séparation de ses parents (Tomlinson, 2004) ou d'une frayeur à la vue d'un appareil ou encore être une réaction à la froideur d'un instrument.

- L'agitation est un symptôme et lorsqu'elle est présente chez un patient, une enquête étiologique doit systématiquement être entreprise (Bruder et Stordeur, 2001).
- Plusieurs études montrent que l'agitation est un facteur favorisant le risque d'extubation (Boulain, 1998; Tominaga, Rudzwick, Scannell, *et alii*, 1995; Vassal, Anh, Gabillet, *et alii*, 1993; Tung, Tadimeti, Caruana-Montaldo, *et alii*, 2001). Selon Boulain (1998), de 50 à 70 % des patients doivent être réintubés après une extubation accidentelle.
- Chez la personne hospitalisée, plusieurs facteurs peuvent être responsables de l'agitation :

Le manque de sommeil

- Selon Easton et MacKenzie (1988) ainsi que Schwab (1994), le sommeil est physiologiquement indispensable. Plusieurs recherches ont montré une relation entre l'absence de sommeil et les troubles du comportement. De fait, une absence de sommeil se manifeste par une anxiété, une irritabilité et une désorientation et peut être responsable en 2 à 5 jours d'un état d'agitation chez le patient (Topf, 1993). Une prolongation de la privation de sommeil peut causer un état d'hallucination, voire de paranoïa. Ces signes de psychose disparaissent après une nuit de sommeil normal. La lumière, les soins continus et le bruit sont les premières causes des troubles de sommeil en centre hospitalier.

La douleur

- Chez les enfants, le souvenir d'un traitement douloureux ou de procédures répétitives est souvent la cause d'agitation, de détresse et de combativité à l'approche du soignant (Willock, Richardson, Brazier, *et alii*, 2004).
- Selon Puntillo (1990) et Simini (1999), si la douleur n'est pas soulagée, elle peut être la cause d'une agitation ou d'un état confusionnel précipitant l'interférence aux traitements.

Le stress

- Chez l'enfant, le changement d'environnement, les nouveaux visages et la présence d'autres enfants sont des sources importantes de stress.
- Les patients en soins intensifs présentent un état de stress aigu en lien avec la pathologie qui a motivé leur admission. Selon Bruder et Stordeur (2001), l'environnement des soins intensifs entretient un haut niveau de stress chez

le patient et ce stress contribue souvent à l'apparition de troubles du comportement.

Le bruit

- Dans les unités de soins, le bruit est souvent omniprésent. Les alarmes des équipements technologiques ainsi que le bruit généré par le personnel sont les principales sources d'agression sonore chez le patient. Ces dernières peuvent provoquer de l'agitation susceptible de causer de l'interférence aux traitements.
- En pédiatrie, l'enfant est déjà perturbé par le changement d'environnement; il est d'autant plus sensible aux bruits qui ne lui sont pas familiers.
- Selon Venhard, Orrillard, Perrotin, *et alii* (1997), le niveau sonore à ne pas dépasser sur une période nocturne de 8 heures est de 3 dB. Or, en soins intensifs, cette valeur est très largement supérieure.

L'état mental

- La détermination du statut cognitif et de l'orientation du patient joue un rôle clé dans l'évaluation du risque d'interférence aux traitements (Happ, 2000; Chevron, Menard, Girault, *et alii*, 1998).

Le stade de développement de l'enfant

- Les enfants en bas âge n'ont pas une compréhension complète des événements et des consignes en raison de leur niveau de développement cognitif. Or, l'âge et le niveau de maturité de l'enfant ainsi que sa capacité de compréhension des traitements et des procédures sont des facteurs influençant l'interférence aux traitements (Willock, Richardson, Brazier, *et alii*, 2004). Jefferey (2002) précise que l'évaluation avant une procédure ou un traitement incommode chez l'enfant doit inclure le niveau de compréhension ainsi que le stade de développement de l'enfant tout en tenant compte des expériences antérieures de ce dernier.

LES CAUSES RELIÉES AUX PROCHES

- En pédiatrie, séparer de l'enfant de ses parents est souvent une cause d'agitation, de refus et de non-collaboration. Le Royal College of Nursing (2003) soutient que la présence des parents est essentielle et demeure une pratique d'excellence dans les soins à l'enfant lors de traitements médicaux.

- Selon Selekman et Snyder (1996), l'absence de membres de la famille au chevet de l'enfant est souvent évoquée par les infirmiers et infirmières comme un motif d'application de la contention.
- Chez les personnes très âgées hospitalisées, l'absence de membres de la famille au chevet peut également justifier l'application de la contention.

LES CAUSES RELIÉES À L'ORGANISATION

L'organisation physique des lieux, le nombre d'intervenants disponibles (ratio infirmier/patient) ainsi que la charge de travail sont des facteurs qui empêchent l'évaluation continue et la surveillance adéquate du patient présentant des risques d'interférence aux traitements. Ainsi, ces facteurs deviennent fréquemment la cause de l'application de contentions (Selekman et Snyder, 1996).

PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS EN VUE D'ÉTABLIR UN PLAN D'INTERVENTIONS INDIVIDUALISÉ LORS DE L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

Étant donné les impacts néfastes de l'application d'une contention chez un patient, la décision de l'utiliser doit être prise judicieusement (voir le module référentiel 3 – *Processus de décision*). De fait, il est important de s'assurer que la menace pour la vie du patient, occasionnée par les effets de l'interférence aux traitements, soit supérieure aux impacts néfastes de la contention (Vance 2003).

Plusieurs auteurs suggèrent d'utiliser une approche interdisciplinaire dans le but de diminuer l'utilisation des contentions lors d'une interférence aux traitements (McGrath, Forrester, Fox-Young, *et alii*, 2002; Ménard et Grenier, 2004; CNO, 2004).

Approche préventive spécifique

CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS

Le Royal College of Nursing (2004) stipule que les mesures de contention doivent être utilisées seulement lors de l'échec des mesures de remplacement. Ainsi, plusieurs stratégies sont répertoriées en vue d'aider l'infirmier ou l'infirmière en ce sens (voir les interventions/mesures de remplacement proposées).

Le contexte des soins centrés sur l'enfant et sa famille prend toute sa valeur lorsqu'on parle de soins et traitements. En effet, trois grandes composantes se dégagent de la littérature consultée : les droits de la personne, le consentement ainsi que la participation des enfants/adolescents et de leur famille lors de traitements incommodes.

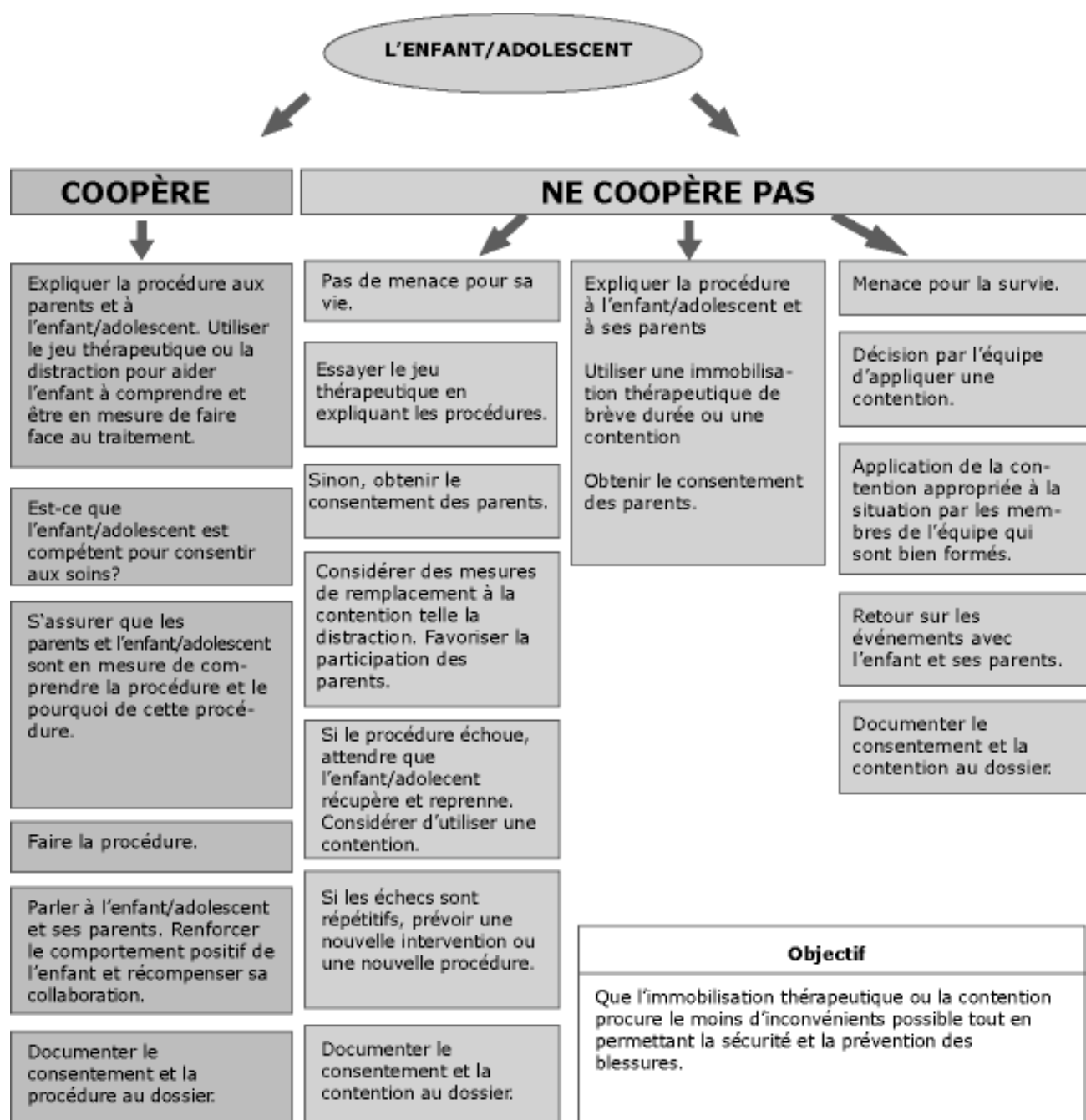
Lors de traitements ou de procédures, il est primordial de donner des explications à l'enfant et à ses parents puis de les intégrer dans les activités liées aux soins. Différents auteurs (Jefferey, 2002; McGrath, Forrester, Fox-Young, *et alii*, 2002; Pearch, 2005) s'entendent sur l'importance de préparer l'enfant et ses parents en expliquant les procédures et en les informant sur les manières dont ils peuvent participer aux soins. Ce sentiment de maîtrise sur la situation sera bénéfique et permettra peut-être d'éviter les traumatismes causés par l'immobilisation ou la contention. De plus, fournir aux parents l'information sur l'importance du réconfort émotionnel avant, pendant et après le traitement est sans équivoque la stratégie la plus profitable à l'enfant et à ses parents (Folkes, 2005; Willock, Richardson, Brazier, *et alii*, 2004).

Lambrenos et McArthur (2003) ainsi que Folkes (2005) suggèrent un algorithme (Figure 1) aidant à la prise de décision en regard de l'utilisation de l'immobilisation thérapeutique. Cependant, cet outil ne remplace pas le processus de décision proposé dans le module 3, utile pour guider la décision. L'algorithme présenté est facile à utiliser et centré sur la communication avec l'enfant et sa famille.

Figure 1. : Évaluation de la pertinence de l'utilisation de la contention en pédiatrie
Adaptation de Lambrenos et McArthur (2003) ainsi que Folkes (2005)

Préparation à l'intervention	1. Planifier la procédure.
	2. Informer sur les buts de l'intervention, du traitement ou de la procédure.
	3. Évaluer la capacité de l'enfant et de ses parents à composer avec la situation et à comprendre comment collaborer (âge, anxiété, etc.).
	4. S'informer de la manière dont l'enfant fait face à la situation habituellement.

Algorithme de prise de décision



Chez les patients hospitalisés à l'USI

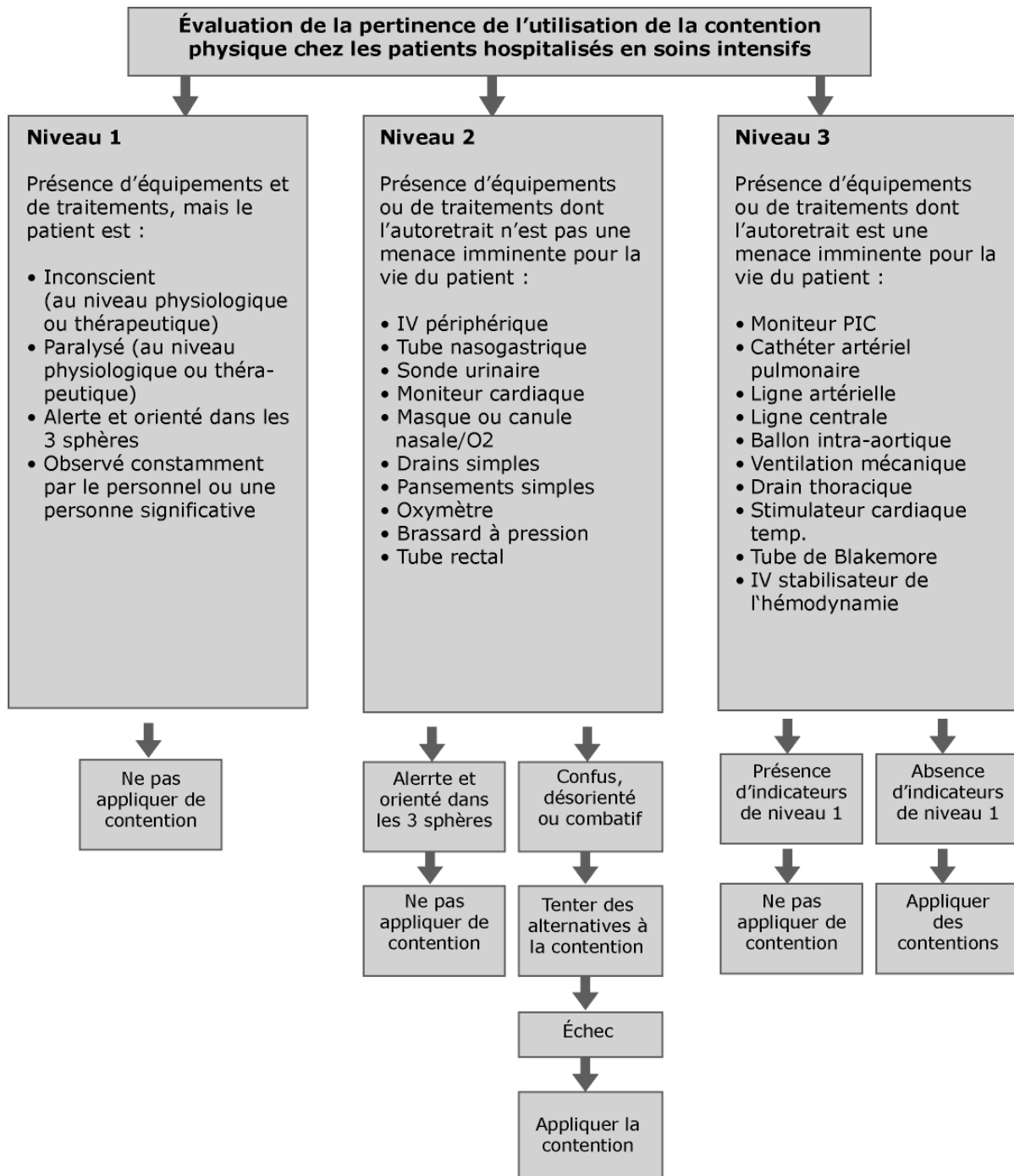
Afin d'aider à la prise de décision relative à l'utilisation ou non de la contention chez un patient aux soins intensifs, vous trouverez ci-dessous (figure 2) un algorithme décisionnel élaboré par Vance (2003). Cet outil de référence, qui s'ajoute au processus de décision proposé dans le module 3, a été conçu en vue de soutenir les intervenants dans leur prise de décision lors de situations complexes dominées par l'incertitude. En utilisant cet algorithme, le professionnel et l'équipe interdisciplinaire sont en mesure de prendre les meilleures décisions pour les patients hospitalisés en soins intensifs.¹

Vance (2003) propose d'évaluer de manière concomitante, les trois aspects suivants :

- L'état mental du patient, indicateur important pour le risque d'interférence aux traitements incommodes;
- La menace imminente pour la vie du patient selon la nature du traitement prodigué;
- Les équipements technologiques utilisés pour traiter le patient.

¹ On comprendra que cet outil pourra être très utile pour les autres unités de soins.

Figure 1 Protocole d'interférence aux traitements en soins intensifs
Traduction libre et adaptation de Vance (2003)



- **Le niveau 1** de cet algorithme présente une variété de conditions et de situations dont la présence rendrait non pertinente l'utilisation de la contention chez le patient hospitalisé en soins intensifs.
- **Le niveau 2** présente les traitements et les équipements technologiques généralement considérés comme ne mettant pas en danger la vie du patient, mais pouvant causer certains préjudices s'ils sont accidentellement délogés ou retirés. Ainsi, l'utilisation d'une contention peut être pertinente et justifiable, mais seulement après avoir constaté l'échec des mesures de remplacement.
- **Le niveau 3** présente les traitements et les équipements technologiques considérés comme mettant en danger la vie du patient s'ils étaient accidentellement délogés ou retirés. Dans ces situations cliniques, l'utilisation d'une contention est pertinente lors de l'altération de l'état mental du patient.

Si la contention est parfois inévitable dans les cas d'interférence aux traitements, son utilisation doit être limitée aux situations cliniques jugées pertinentes et justifiées et doit faire l'objet d'une réévaluation constante (Vance, 2003).

Plusieurs alternatives à la contention lors des interférences aux traitements incommodes ont été répertoriées dans la littérature. En voici quelques-unes :

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

Interventions centrées sur la personne		
Agitation	• Voir les modules <i>Delirium et Comportements perturbateurs</i>.	• Happ (2000) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Surveillance	• Garder le patient continuellement à vue. • Aller voir souvent la personne (travail d'équipe).	• Happ (2000) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Traitement incommode	• S'assurer que le traitement invasif ou la procédure ne soient pas prolongés indûment.	• Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

	• Remettre en question la pertinence du traitement, son mode d'administration, etc.	
Communication	• Parler souvent à la personne. • Lui poser des questions simples sur ses besoins. • Écouter ses craintes, ses peurs et ses préoccupations. • Lui fournir des explications sur les soins qu'on lui donne. • La rassurer sur ce qui se passe. • Maintenir le contact avec la personne même si elle est inconsciente.	• Happ (2000) • Markwell (2005) • RCN (2004) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Préparation aux soins	• Bien expliquer la procédure à la personne et à ses proches afin de diminuer leur anxiété et obtenir leur collaboration. • Utiliser le jeu thérapeutique. • Offrir un soutien émotif et moral.	• McCathy et Kleiber, 2006. • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford, 2005. • RCN, 2003. • Tomlinson, 2004. • Willock, Richardson, Brazier, et alii, 2004.
Participation aux soins	• Faire participer aux soins demeure une intervention aidante tant chez l'adulte que chez l'enfant et ses parents; cela leur procure un sentiment de contrôle sur la situation.	• CNO, 2004. • McCathy et Kleiber, 2006. • McGrath, Forrester, Fox-Young, et alii, 2002. • RCN, 2004. • RCN, 2003. • Selekman et Sneyder, 1999.
Douleur	• Évaluer la douleur. • Soulager la douleur et l'inconfort; bien maîtriser la douleur. • S'interroger sur la pertinence des actes répétitifs douloureux. • Utiliser la crème EMLA ou donner un analgésique avant un soin douloureux. • Faire comprimer une balle de caoutchouc.	• Cotter, 2005. • Jefferey, 2002. • Happ, 2000. • McCarthy et Kleiber, 2006. • Maccioli, Dorman, Brown, et alii, 2003. • Markwell,

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

	Donner une médication analgésique et sédatif avant un traitement invasif.	2005. • RCN, 2004. • Snyder, 2004. • Willock, Richardson, Brazier, <i>et alii</i> , 2004.
Confort	- Positionner confortablement la personne. - Faire un massage pour aider la personne à relaxer.	• Happ (2000) • Macciol Dorman, Brown, <i>et alii</i> , 2003. • Markwell (2005)
Besoins	- Être à l'écoute de la personne et répondre à ses besoins de base (chaud, froid, faim, etc.) avant d'effectuer un acte douloureux. - Respecter la routine de la personne.	• Selekman et Snyder.(1996)
Sommeil	Respecter autant que possible les habitudes de sommeil de la personne.	• Bruder et Stordeur (2001)
Audition ou vision	- Mettre à la personne ses lunettes ou son appareil auditif s'ils sont requis. - Permettre à l'enfant de voir et de toucher.	• Kielb, Hurlock-Chorostecki et Sipprell (2005) • Folkes (2005)
Mobilité	- Si possible, asseoir la personne dans un fauteuil. - Favoriser la marche. - Changer fréquemment de position.	• Markwell (2005)
Orientation	- Mettre à la disposition un calendrier, une horloge, une radio. - Avoir des objets qui lui sont familiers dans la chambre (photo, dessins)	• Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Soins médicaux	- Vérifier de façon systématique l'adaptation des paramètres de ventilation aux besoins de la personne pour éviter les troubles de comportement dus à la mauvaise oxygénation. - Évaluer les résultats de laboratoire (hypoxie, hyponatrémie, hypotension, changement métabolique, etc.). - Évaluer la présence de signes d'infection si un	• Bland (2004) • Bruder et Stordeur (2001) • Markwell (2005) • RCN (2004)

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

	changement de comportement se produit. • Vérifier la médication, les interactions médicamenteuses.	
Soins infirmiers	• Concentrer les soins en même temps pour éviter de réveiller la personne la nuit (réduction des stimuli pour la préservation du sommeil). • Planifier les soins pour permettre les activités de la vie quotidienne de façon normale. • Évaluer les besoins d'hydratation, d'élimination ou de faim. • Demander fréquemment à la personne si elle a besoin de soins ou planifier les soins de base afin de les offrir régulièrement. • Allouer des périodes de repos entre les procédures (le nourrisson épuisé peut développer de l'hypothermie ou de l'hypoxémie). • Récompenser et féliciter la personne.	• Bruder et Stordeur (2001) • Maccioli, Dorman, Brown, et alii, 2003. • Markwell (2005) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005) • RCN (2004)
Soins de prévention	• Garder les tubulures hors de la vue de la personne. • Limiter le nombre de tubulures (ex : sonde, tube nasogastrique, soluté). • Positionner et fixer adéquatement les sondes et les cathéters pour diminuer la gêne, l'inconfort ou la douleur. • Vérifier que la sonde urinaire n'est pas occluse.	• Bruder et Stordeur (2001) • Happ (2000) • Maccioli et coll., (2003) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Soins de confort	• Placer un bandage sur le nez, sous le masque à oxygène pour augmenter le confort.	• Happ (2000)
Oxygénothérapie	• Lubrifier les narines. • Appliquer un bandage de protection sur le pansement.	• Happ (2000) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Camouflage	• Dissuader la personne d'interférer à ses traitements en camouflant les équipements avec des draps ou des pansements.	
Distraction	• Suggérer à la personne de penser à autre chose.	• McCathy et Kleiber (2006) • Willock

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

	• Proposer l'imagerie mentale. • Inciter la personne à contrôler sa respiration. • Proposer de faire de la relaxation. • Garder la personne occupée en lui donnant quelque chose à faire comme plier des serviettes, écouter la télévision, regarder un magazine, écouter de la musique. • Encourager l'enfant à jouer avec de la pâte à modeler, lui faire mesurer de l'eau en utilisant 2 récipients, lui faire compter des choses, lui faire trouver des objets similaires. • Lui donner quelque chose à tenir (balle, tube, débarbouillette). • Centrer l'attention de l'enfant sur un objectif pour diminuer la perception douloureuse. • Documenter le moyen utilisé pour distraire l'enfant ainsi que son efficacité. • Suggérer d'écouter la télévision ou la radio. • Utiliser le jeu pour distraire l'enfant.	Richardson, Brazier, <i>et alii</i>, 2004. • Happ (2000) • Markwell (2005) • Markwell (2005) • Selekman et Snyder, (1996) • McCathy et Kleiber (2006) • Bland (2000) • Jeffery (2002) • Snyder (2004)
Famille	• Encourager la famille à surveiller la personne. • Expliquer à la famille le plan thérapeutique.	• Happ (2000) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005) • Bland (2000)
Famille / Enfant	• Encourager la présence et la collaboration des parents et des proches. • Prendre l'enfant (<i>Kangourou care</i>). • Utiliser les informations des parents pour tenter de prévoir la réaction de l'enfant et prévoir une stratégie d'intervention adaptée.	• Folkes, 2005. • Lambrenos et McArthur, 2003. • McCathy et Kleiber, 2006. • McGrath, Forrester, Fox-Young, <i>et alii</i>, 2002. • RCN, 2003. • Snyder, 2004. • Tomlinson, 2004. • Willock, Richardson, Brazier, <i>et</i>

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR L'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS INCOMMODANTS

<i>alii, 2004.</i>		
Interventions centrées sur l'environnement		
Milieu physique	• Rendre disponible la cloche d'appel. • Rendre accessibles le verre d'eau, les lunettes, les appareils auditifs, etc. • Réduire le bruit et les autres stimuli. • Avoir un éclairage suffisant.	• Markwell (2005) • Park, Hsio-Chen Tang et Ledford (2005)
Intervenants	• Utiliser une approche interdisciplinaire. • Rehausser les connaissances des intervenants.	• CNO (2004) • Martin (2002) • Ménard et Grenier (2004) • Tomlinson (2004)
	• Maintenir une bonne communication. • Répéter souvent les consignes.	• Cotter (2003) • Happ (2000)
Autres	• Évaluer le niveau de compréhension de la personne et sa capacité à collaborer. • Permettre à l'enfant de faire certains choix tels que le moment ou la position pour faire les traitements. • Permettre à la personne de faire des choix. • Réduire les équipements technologiques.	• Lambrenos et McArthur (2003) • Snyder (2004) • Willock Richardson, Brazier, <i>et alii</i>, 2004. • Happ (2000)



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- L'évaluation de l'état mental du patient est un élément clé pour la prévention du risque d'interférence aux traitements.
- L'évaluation de la condition physique et mentale et la réévaluation sont des repères importants de votre pratique professionnelle.
- Il importe de comprendre la signification des comportements du patient.
- La reconnaissance précoce de la cause de l'interférence aux traitements permet la prise en charge rapide.
- Il faut utiliser une approche d'équipe interdisciplinaire; le travail d'équipe est indispensable pour dépister, évaluer et proposer des interventions préventives à l'interférence aux traitements incommodes.
- Les interventions préventives constituent des mesures de remplacement efficaces à la contention et elles permettent souvent de réduire la durée de la contention.
- Il est important d'impliquer entre autres les proches pour parvenir à mieux comprendre certains comportements de la personne.

VIGNETTES CLINIQUES EN LIEN AVEC LE MODULE_____

Le formateur pourra utiliser les vignettes concernant l'interférence.

RÉFÉRENCES

- ATKIN, P. M., L. C. MION, W. MENDELSON, *et alii*, « Characteristics and Outcomes of Patients Who Self-Extubate From Ventilatory Support : A Case Control Study », dans *Chest*, vol. CXII, n° 5 (novembre 1997), p. 1317-1323.
- BAER, Charold. L., « Is There an Answer to Preventing Unplanned Extubations? », dans *Critical Care Medicine*, vol. XXVI, n° 6 (juin 1998), p. 989-990.
- BALON, J. A., « Common Factors of Spontaneous Self-Extubation in a Critical Care Setting », dans *International Journal of Trauma Nursing*, vol. VII, n° 3 (juillet/septembre 2001), p. 93-99.
- BLAND, M., *Procedural Restraint in Children's Nursing : Using Clinical Benchmarks*, [en ligne]. <http://www.professionalnurse.net> [page consultée le 18 août 2006].
- BOULAIN, T. et L'ASSOCIATION DES RÉANIMATEURS DU CENTRE-OUEST, « Unplanned Extubations in the Adult Intensive Care Unit : A Prospective Multicenter Study », dans *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. CLVII, n° 4 (avril 1998), p. 1131-1137.
- BRUDER, N. et J. M. STORDEUR, « Troubles du comportement et agitation en réanimation », dans *Conférences d'actualisation 2001*, Marseille, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et Sfar., 2001, p. 449-466.
- CHEVRON, V., J. F. MENARD, J. C. GIRAULT, *et alii*, « Unplanned Extubation : Risk Factors of Development and Predictive Criteria for Reintubation », dans *Critical Care Medicine*, vol. XXVI, n° 6 (juin 1998), p. 1049-1053.
- CHOI, Eunha., « Physical Restraint Use in a Korean ICU », dans *Journal of clinical nursing*, vol. XII, n° 5 (septembre 2003), p. 651-659.
- CHRISTIE, J. M., M. DETHLEFSEN et R. D. CANE, « Unplanned Extubation in the Intensive Care Unit », dans *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. VIII, n° 8 (décembre 1996), p. 289-293.
- COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (CNO), *The Standard of Care : Practice Standard : Restraints*, Toronto, College of Nurses of Ontario, 2004, 11 p.

- COLLINS, P., « Restraining Children for Painful Procedures », dans *Paediatric nursing*, vol. XI, n° 3 (1999), p. 14-16.
- COPPOLO, D. et J. MAY, « Self-Extubations : A 12-Month Experience », dans *Chest*, vol. XCVIII, n° 1 (juillet 1990), p. 165-169.
- COTTER, V., « Restraint Free Care in Older Adults With Dementia », dans *Keio J Med.*, vol. LIV, n° 2 (2005), p. 80-84.
- EASTON, C. et F. MACKENZIE, « Sensory-Perceptual Alterations : Delirium in the Intensive Care Unit », dans *Heart Lung*, vol. XVII, n° 3 (mai 1988), p. 229-237.
- FOLKES, K., « Is Restraint a Form of Abuse? », dans *Paediatric nursing*, vol. XVII, n° 6 (2005), p. 41-44.
- GARNIER, M. et V. DELAMARE, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 20^e édition, Paris, Maloine S. A. Éditeur, 1978.
- HAPP, M., « Treatment Interference in Acutely and Critically Ill Adults », dans *American Journal of Critical Care*, vol. VII, n° 3 (1998), p. 224-235.
- HAPP, M., « Preventing Treatment Interference : The Nurse Role in Maintaining Technologic Devices », dans *Heart and Lung*, vol. XXIX, n° 1 (janvier/février 2000), p. 60-69.
- JEFFEREY, K., « Therapeutic Restraint of Children : It Must Always Be Justified », dans *Paediatric Nursing*, vol. XIV, n° 9 (2002), p. 20-22.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO), « Restraint and Seclusion Standards Plus Scoring », dans *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*, Oakbrook Terrace, Joint Commission on Healthcare Organizations, 1996, p. 191-193.
- KIELB, C., T. HURLOCK-CHOROSTECKI et D. SIPPRELL, « Can Minimal Patient Restraint Be Safely Implemented in the Intensive Care Unit? », dans *Dynamics*, vol. XVI, n° 1 (mars 2005), p. 16-19.
- LAMBRENOS, K. et E. McARTHUR, « Introducing a Clinical Holding Policy », dans *Paediatric Nursing*, vol. XV, n° 4 (2003), p. 30-33.

- LEITH, B. A., « Canadian Critical Care Nurses and Physical Restraints », dans *Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses*, vol. X, n° 1 (printemps 1999), p. 10-14.
- MACCIOLI, G. A., T. DORMAN, B. R. BROWN, *et alii*, « Clinical Practice Guidelines for the Maintenance of Patient Physical Safety in the Intensive Care Unit : Use of Restraining Therapies - American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002 », dans *Critical Care Medicine*, vol. XXXIII, n° 11 (novembre 2003), p. 2665-2676.
- MACPHERSON, D. S., R. P. LOFGREN, R. GRANIERI, *et alii*, « Deciding to Restrain Medical Patients », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XXXVIII, n° 5 (mai 1990), p. 516-520.
- MADDEN, M. E., T. BOYKO, K. NURMI, *et alii*, « Fit to Be Tied? Prevalence in the Acute Care Setting », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLII, n° 1 (1994), p. 11.
- MAGUIRE, G. P., L. J. DELORENZO et R. A. MOGGIO, « Unplanned Extubation in the Intensive Care Unit : A Quality-of-Care Concern », dans *Critical Care Nursing Quart*, vol. XVII, n° 3 (novembre 1994), p. 40-47.
- MARKWELL, Sherry K., « Long-term Restraint Reduction One Hospital's Experience With Restraint Alternatives », dans *Journal of Nursing Care Quality*, vol. XX, n° 3 (2005), p. 253-260.
- MARTIN, Beth., « Restraint Use in Acute and Critical Care Settings : Changing Practice », dans *AACN Clinical Issues*, vol. XIII, n° 2 (mai 2002), p. 294-306.
- McCARTHY, A. M. et C. KLEIBER, « A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents Are Distraction Coaches », dans *Journal of Pediatric Nursing*, vol. XXI, n° 2 (2006), p. 88-98.
- McGRATH, P., K. FORRESTER, S. FOX-YOUNG, *et alii*, « "Holding the Child Down" for Treatment in Paediatric Haematology : The Ethical, Legal and Practice Implications », dans *Journal of Law and Medicine*, vol. X, n° 1 (août 2002), p. 84-96.
- MÉNARD, Geneviève et Raymond GRENIER, *Contention et isolement. Normes et critères de la qualité des soins et services*, Montréal, Décarie Éditeur, 2004, 138 p.

- MERCIER, Carole, Céline THIBAUT, Hélène D'ANJOU, *et alii*, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2003, 97 p.
- MILES, S. H. et P. IRVINE, « Deaths Caused by Physical Restraints », dans *The Gerontologist*, vol. XXXII, n° 6 (décembre 1992), p. 762-766.
- MION, L. C., « Establing Alternatives to Physical Restraint in the Acute Care Setting : A Conceptual Framework to Assist Nurse Decision Making », dans *AACN Clinical Issues*, vol. VII, n° 4 (novembre 1996), p. 592-602.
- MINNICK, A. F., L. C. MION, R. LEIPZIG, *et alii*, « Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting », dans *The Journal of Nursing Administration*, vol. XXVIII, n° 11 (novembre 1998), p. 19-24.
- OFOEGBU, B. N. et S. D. PLAYFOR, « The Use of Physical Restraints on Paediatric Intensive Care Units », dans *Paediatric Anesthesia*, vol. XV, n° 5 (mai 2005), p. 407-411.
- ORTIZ-PRUITT, J., « Physical Restraint of Critically Ill Patients : A Human Issue », dans *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. VII, n° 2 (juin 1995), p. 363-373.
- PARK, M. H. et B. S. LEE, « Study on the Restraints Use in ICU », dans *The Korean Central Journal of Medicine*, vol. LXII, n° 2 (1997), p. 217-227.
- PARK, M., J. HSIAO-CHEN TANG et L. LEDFORD, *Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care*, [en ligne]. <http://www.guideline.gov>. [page consultée le 18 août 2006].
- PEARCH, J., « Restraining Children for Clinical Procedures », dans *Paediatric Nursing*, vol. XVII, n° 9 (novembre 2005), p. 36-38.
- PUNTILLO, K. A., « Pain Experiences of Intensive Care Unit Patients », dans *Heart Lung*, vol. XIX (1990), p. 526-533.
- ROBINSON, S. et J. COLLIER, « Holding Children Still for Procedures », dans *Paediatric Nursing*, vol. IX, n° 4 (1997), p. 12-14.

- ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN), *Restraining, Holding Still and Containing Children and Young People : Guidance for Staff*, London, Royal College of Nursing, 2003.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN), *Restraint Revisited-Rights, Risk and Responsibility : Guidance for Staff*, London, Royal College of Nursing, 2004.
- SCHWAB, R. J., « Disturbances of Sleep in the Intensive Care Unit », dans *Critical Care Clinics*, vol. X , n° 4 (octobre 1994), p. 681.
- SELEKMAN, J. et B. SNYDER, « Nursing perceptions of using physical restraints on hospitalized children », dans *Pediatric Nursing*, vol. XXI, n° 5 (septembre/octobre 1995), p. 460-464.
- SELEKMAN, J. et B. SNYDER, « Uses of and Alternatives to Restraints in Pediatric Settings », dans *AACN Clinical Issues*, vol. VII, n° 4 (novembre 1996), p. 603-610.
- SIMINI, B., « Patients' Perceptions of Intensive Care », dans *Lancet*, (1999), p. 354 et 571-572.
- SNYDER, B., « Preventing Treatment Interference : Nurses' and Parents' Intervention Strategies », dans *Pediatric Nursing*, vol. XXX, n° 1 (janvier/février 2004), p. 31-40.
- SWANGER, K. et C. TOMLIN, « Moving Toward Restraint-Free Patient Care », dans *The Journal of Nursing Administration*, vol. XXX, n° 6 (juin 2000), p. 325-329.
- TAGGART, J. A. et M. A. LIND, « Evaluating Unplanned Endotracheal Extubations », dans *Dimensions of Critical Care Nursing*, vol. XIII, n° 3 (mai/juin 1994), p. 114-120.
- THOMAS, A., L. REDFERN et R. JOHN, « Perceptions of Acute Care Nurses in the Use of Restraints », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXI, n° 6 (juin 1995), p. 32-38.
- TOMINAGA, G. T., H. RUDZWICK, G. SCANNELL, *et alii*, « Decreasing Unplanned Extubations in the Surgical Intensive Care Unit », dans *American Journal of Surgery*, vol. CLXX, n° 6 (décembre 1995), p. 586-589.

- TOMLINSON, Deborah., « Physical Restraint During Procedures : Issues and Implications for Practice », dans *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, vol. XXI, n° 5 (2004), p. 258-263.
- TOPF, M. et J. DAVIS, « Critical Care Unit Noise and Rapid Eye Movement (REM) Sleep », dans *Heart Lung*, vol. XXII (1993), p. 252-258.
- TUNG, A., L. TADIMETI, B. CARUANA-MONTALDO, *et alii*, « The Relationship of Sedation to Deliberate Self-Extubation », dans *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. XIII, n° 1 (février 2001), p. 24-29.
- VANCE, D. L., « Effect of a Treatment Interference Protocol on Critical Decision Making for Restraint Use in the Intensive Care Unit – A pilot Study », dans *AACN Clinical Issues*, vol. XIV, n° 1 (février 2003), p. 82-91.
- VASSAL, T., N. G. ANH, J. M. GABILLET, *et alii*, « Prospective Evaluation of Self-Extubations in a Medical Intensive Care Unit », dans *Intensive Care Medicine*, vol. XIX, n° 6 (1993), p. 340-342.
- VENHARD, J., M. ORRILLARD, M. PERROTIN, *et alii*, « Étude du bruit dans un service de réanimation », dans *Réanimation Urgences*, vol. VI, n° 5 (novembre 1997), p. 613-619.
- WILLOCK, J., J. RICHARDSON, A. BRAZIER, *et alii*, « Peripheral Venepuncture in Infants and Children », dans *Nursing standard*, vol. XVIII, n° 27 (17-23 mars 2004), p. 43-50.



Problématique clinique

Les comportements perturbateurs

Monique Bourque
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	4
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	7
LE SAVIEZ-VOUS?	11
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	12
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	17
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	19
NOTE DU FORMATEUR	20
RÉFÉRENCES	21



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est de mieux comprendre les comportements perturbateurs des personnes âgées souffrant d'un déficit cognitif découlant d'une démence irréversible qui commande des approches spécialisées et des habiletés particulières. Les principaux comportements perturbateurs observés, tant auprès de la clientèle hospitalisée que de la clientèle hébergée, sont les coups, les insultes, les menaces, les invectives, les pincements, les morsures, les griffures, les coups de pied, les empoignades, etc.

Plusieurs études ont montré que, devant des comportements perturbateurs, les intervenants ont trop rapidement recours aux mesures de contrôle. Peu d'entre eux effectuent l'évaluation que commanderait une telle situation (De Santis, Engberg et Roger, 1997; Mattiasson et Andersson, 1995; Castle, Fogel et Mor, 1997).

Il est nécessaire de recadrer cette problématique en appliquant le processus de prise de décision. Pour ce faire, il faut observer les comportements, les décoder pour en identifier les causes, formuler des hypothèses afin d'émettre un jugement clinique, planifier et donner priorité aux interventions, communiquer les informations aux proches et aux membres de l'équipe et réévaluer la situation. Cette démarche a pour but de réduire la fréquence et l'intensité des comportements perturbateurs en recourant à des mesures de remplacement. Il faut se rappeler que les mesures de contrôle ne doivent être utilisées qu'en dernier recours.

LE MODULE *COMPORTEMENTS PERTURBATEURS* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Les comportements perturbateurs :
 - Définitions;
 - Description des principales manifestations cliniques;
 - Prévalence;
 - Facteurs qui prédisposent et qui précipitent;
 - Conséquences;
 - Efficacité de la contention.

- La situation clinique en milieu d'hébergement et en milieu hospitalier.
- Les fausses croyances concernant l'utilisation et l'efficacité des mesures de contrôle pour contrer les comportements perturbateurs.
- Les données probantes et les résultats de recherche concernant les comportements perturbateurs chez la personne âgée atteinte de démence.
- Les stratégies gagnantes pour un changement de pratique :
 - Observation objective des comportements;
 - Identification des causes et des éléments déclencheurs;
 - Recadrage de la situation avec l'aide de l'analyse du comportement et l'histoire de vie de la personne;
 - Recherche d'interventions personnalisées;
 - Mise en place du plan d'interventions concerté;
 - Ajustement et évaluation du plan d'interventions.



DÉFINITIONS

COMPORTEMENTS PERTURBATEURS LIÉS À LA DÉMENCE

- Il existe plusieurs expressions pour désigner les comportements manifestés par les personnes atteintes de démence :
 - comportements agressifs (Ryden, 1988);
 - comportements d'agitation (Cohen-Mansfield et Bellig, 1986);
 - comportements perturbateurs (Beck, Frank, Chumbler, *et alii*, 1998);
 - comportements dysfonctionnels (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990);
 - troubles du comportement (Moniz-Cook, Agar, Silver, *et alii*, 1998);symptômes comportementaux de la démence (International Psychogeriatric Association, 2003).
- Bien qu'il existe diverses appellations, plusieurs auteurs les décrivent comme étant des comportements observables, potentiellement dangereux pour la personne ou les autres, occasionnant du stress, de la peur ou de la frustration pour la personne ou son entourage et qui sont considérés comme socialement inacceptables (Beck, Frank, Chumbler, *et alii*, 1998).
- Ryden (1988) décrit les comportements perturbateurs comme étant des actes hostiles dirigés vers une autre personne, vers un objet ou vers soi-même.
- Cohen-Mansfield et Billig (1986) définissent ces comportements comme des activités motrices, verbales ou vocales jugées inappropriées qui ne peuvent s'expliquer directement par l'expression d'un besoin ou par la confusion de la personne.

LES SOINS QUI GÉNÈRENT LE PLUS DE COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Les activités de soins qui génèrent le plus souvent des comportements perturbateurs sont : l'hygiène corporelle, le changement de culotte d'incontinence, le déshabillage au coucher, l'accompagnement aux toilettes, le lavage des dents et l'introduction de quelque chose dans un orifice (ex. : suppositoire).

LE RECADRAGE (Bourque et Voyer, 2006)

Le recadrage consiste à reconsidérer une situation ou un comportement à partir d'informations supplémentaires, à modifier les perceptions des soignants et, par le fait même, à envisager de nouvelles interventions de soins.

LES APPROCHES SPÉCIALISÉES (Bourque et Voyer, 2006)

Voici quelques définitions des approches spécialisées pouvant être bénéfiques avec cette clientèle :

LE RENFORCEMENT DIFFÉRENTIEL DES COMPORTEMENTS :

Intervention qui consiste à donner à la personne un renforçateur lorsque le comportement ciblé ne se manifeste pas pendant un intervalle déterminé dans le but de récompenser les comportements désirables et de diminuer les comportements perturbateurs.

LE DOSAGE DES STIMULI :

Stratégie qui consiste à offrir en alternance une période de stimuli familiers et significatifs et une période sans stimuli tout en tenant compte de l'ensemble des stimuli externes et internes de façon à ce que la personne reste en contact avec son environnement sans toutefois subir une surcharge sensorielle.

LA DIVERSION :

Approche qui consiste à amener la personne qui a un important problème d'attention à « se changer les idées » en lui parlant des événements importants de son passé ou en lui proposant une activité significative et répétitive. On utilise habituellement la diversion pour chasser les idées persistantes et anxiogènes.

LA VALIDATION DES ÉMOTIONS :

Approche visant à reconnaître et à valider les sentiments la personne atteinte de démence, sentiments qui sont réels pour elle, indépendamment de la réalité du soignant.

LES SOUVENIRS :

Approche qui consiste à rappeler à la personne des souvenirs heureux et importants afin qu'elle reprenne contact avec elle-même, vive des moments agréables et augmente son estime d'elle-même.

L'ORIENTATION À LA RÉALITÉ :

Approche utilisée pour aider la personne désorientée à se situer dans le temps et l'espace et par rapport aux personnes qui l'entourent, et ce, en lui fournissant l'information et en évitant de mettre en évidence ses déficits.

LE TOUCHER AFFECTIF :

Approche visant à communiquer par le toucher de l'affection, du réconfort et de la tendresse. Plus les déficits cognitifs de la personne sont graves, plus le toucher affectif devient un outil important de communication.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

PARCE QU'UN NOMBRE GRANDISSANT DE PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT DE DÉMENCE SONT TRAITÉES DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX DE SOINS.

- La prévalence de la démence augmente considérablement avec l'âge :
 - 2.4 % chez les personnes de 65 à 74 ans;
 - 11.1 % chez les personnes de 75 à 84 ans;
 - 34.5 % chez les personnes de 85 ans et plus.
- Au Canada, 60 150 nouveaux cas de démence sont diagnostiqués chaque année et près de la moitié d'entre eux seraient des cas de démence de type Alzheimer (Kempler, 2005).
- Il existe plusieurs démences. Les plus importantes sont : la maladie d'Alzheimer (de 40 à 60 %), la démence vasculaire (de 20 à 30 %), la démence à Corps de Lewy et la démence fronto-temporale.
- En centre d'hébergement, de 70 à 80 % des personnes sont atteintes d'une des formes de démence (Blazer, Steffens et Busse, 2004).
- Dans les milieux de courte durée, le pourcentage de personnes qui nécessitent des soins hospitaliers augmente continuellement et, par conséquent, les comportements violents augmentent dans les mêmes proportions.

PARCE QUE LA PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS OU D'AGITATION AUGMENTE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT ET EN MILIEU HOSPITALIER.

- Les démences constituent le plus important facteur prédisposant une personne à présenter des troubles du comportement (Bourque et Voyer, 2006).

- Près de 39 % des personnes en centre d'hébergement présenteraient des comportements perturbateurs verbaux tandis que 29 % manifesteraient des comportements perturbateurs physiques (Brodaty, Draper, Saab, *et alii*, 2001; Eustace, Kidd, Greene, *et alii*, 2001).
- De 45 à 65 % des comportements perturbateurs surviennent pendant l'administration des soins personnels : lors de l'hygiène matinale, des changements de culotte d'incontinence, du déshabillage au coucher ou des soins buccodentaires (Hoeffler et Barrick, 2002; Schindel Martin et Voyer, 2006).
- De 50 à 85 % des personnes en centre d'hébergement ont quotidiennement des comportements d'agitation verbale ou physique avec ou sans agressivité (Beck, Frank, Chumbler, *et alii*, 1998).
- Plus de 50 % des personnes atteintes de démence présenteront au cours de leur maladie des comportements d'errance, d'interférence aux traitements, de cris ou des gestes agressifs.
- Plusieurs auteurs estiment que les comportements d'agitation liés à la démence constituent l'un des problèmes les plus fréquents et importants en centre d'hébergement (Bellelli, Frisoni, Bianchetti, *et alii*, 1998).

PARCE QUE LES CONSÉQUENCES DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS SONT CONSIDÉRABLES ET TOUCHENT À LA FOIS LA PERSONNE, LES PROCHES, LES AUTRES RÉSIDENTS ET LES INTERVENANTS.

- **La personne** (Bourque et Voyer, 2006) :
 - Risque de se blesser;
 - Réactions négatives de l'entourage (rejet, abandon, « étiquetage » ou isolement par les autres);
 - Risque d'être négligée dans ses soins, car perçue comme étant violente et non collaboratrice.
- **Les proches/la famille** (Bourque et Voyer, 2006) :
 - Sentiment de honte, de culpabilité, d'impuissance et d'anxiété;
 - Peur d'être blessés par leur parent.

- **Les autres résidents** (Bourque et Voyer, 2006) :
 - Peur de devenir semblables aux personnes atteintes de démence;
 - Peur d'être blessés;
 - Perte de leur intimité et du sentiment de sécurité;
 - Diminution de la qualité de vie.
- **Les intervenants** (Bonin et Bourque, 1993):
 - Peur d'être blessés;
 - Peur de mal réagir aux agressions de la personne et de faire, eux aussi, des gestes agressifs;
 - Sentiment d'échec, d'impuissance, de colère et de culpabilité;
 - Sentiment d'incompétence ou impression qu'il n'y a rien à faire avec cette clientèle (démission);
 - Fatigue, stress et épuisement professionnel;
 - Absentéisme plus élevé.

PARCE QUE PLUSIEURS ÉTUDES ONT MONTRÉ QUE LES SOIGNANTS ONT TRÈS SOUVENT RECOURS AUX MESURES DE CONTRÔLE POUR CONTRER LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS D'AGITATION.

- En général, les soignants ont trop rapidement recours à l'utilisation des mesures de contrôle en croyant à tort que ces interventions sont efficaces et bénéfiques pour la personne âgée et son entourage.
- Les neuroleptiques ou les benzodiazépines sont des médicaments souvent utilisés dans de telles situations et peuvent contribuer considérablement à la perte d'autonomie de la personne s'ils sont mal utilisés. Rappelons que les neuroleptiques ne sont efficaces que chez 25 % des personnes (Lanctôt, Best, Mittmann, *et alii*, 1998; Lonergan, Luxemberg et Colford, 2003).
- L'application de contentions, dans de telles circonstances, peut entraîner des chutes, des blessures et même une augmentation de l'agitation (Beck, Vogelpohl, Rasin, *et alii*, 2002; Hantikalhen, 2000).
- La manifestation des comportements perturbateurs observés chez la personne atteinte de déficits cognitifs est certainement une problématique importante et mal connue par l'ensemble des intervenants de la santé. Trop souvent, les soignants interviennent sans avoir pris le temps d'observer objectivement les comportements et de bien évaluer la situation.

- Les intervenants ont fréquemment comme objectif d'éliminer tous les comportements perturbateurs de la personne plutôt que d'essayer de les gérer efficacement en tentant d'en faire diminuer la fréquence et l'intensité. (Il est très rare que l'on parvienne à éliminer complètement les comportements d'agitation chez la personne âgée atteinte d'un déficit cognitif).
- La méconnaissance des habitudes de vie antérieures de la personne atteinte rend difficile, voire impossible, le recadrage ou la recherche d'interventions novatrices en lien avec la personne.
- Le manque de connaissance des intervenants concernant les comportements perturbateurs (causes, éléments déclencheurs) et les différentes approches particulières convenant à cette clientèle (validation, diversion, etc.) est fréquent et limite grandement les soignants dans leurs interventions.
- Les soignants hésitent souvent à utiliser les différentes grilles d'observation en prétextant le manque de temps pour les compléter. Pourtant, il suffit de 48 à 72 heures pour parvenir à diagnostiquer et objectiver des comportements. La grille constitue donc un précieux allié pour planifier des soins adaptés à la condition véritable de la personne.

LE SAVIEZ-VOUS?

Il existe plusieurs croyances, stéréotypes et mêmes préjugés envers les personnes âgées souffrant de déficits cognitifs découlant d'une démence irréversible et présentant des comportements perturbateurs. Bien que les soignants soient généralement attentionnés envers cette clientèle, les fausses croyances influencent leurs actions et ont assurément un impact sur la qualité des soins prodigués et la qualité de vie des personnes âgées.

- La personne atteinte de démence peut manifester des gestes agressifs de façon volontaire et elle peut parfois nous manipuler.
☐ Vrai ☒ **Faux**
- La plupart des personnes âgées ont des déficits cognitifs et présentent des comportements d'agressivité.
☐ Vrai ☒ **Faux**
- La contention demeure une des interventions les plus efficaces pour calmer rapidement une personne atteinte de démence.
☐ Vrai ☒ **Faux**
- Il n'y a pas grand-chose à faire pour contrer les comportements perturbateurs d'une personne atteinte de démence sauf le recours aux contentions.
☐ Vrai ☒ **Faux**
- Étant donné que les établissements manquent souvent de personnel pour surveiller les personnes avec des déficits cognitifs, il faut avoir davantage recours aux contentions.
☐ Vrai ☒ **Faux**
- La meilleure façon d'assurer la sécurité de la personne (contrer le risque de chute, de blessure) et des autres résidents est l'utilisation des contentions.
☐ Vrai ☒ **Faux**



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Il existe diverses façons de manifester son agitation ou son agressivité. S'inspirant des travaux de Cohen-Mansfield et Billig (1986), Beck et ses collaborateurs (1998) ont conçu un modèle qui classifie 45 comportements perturbateurs et d'agitation en 4 catégories :

Classification des comportements d'agitation selon Beck, Frank, Chumblor, et alii (1998).

- Selon Beck et ses collaborateurs (1998), les hommes auront tendance à adopter des comportements d'agressivité physique, comme donner des coups de poings, et des comportements d'agressivité verbale, comme se fâcher ou insulter le personnel, alors que les femmes auront tendance à présenter des comportements d'agitation verbale (cris et hurlements) et des comportements d'agressivité physique moins violents (pincer, cracher, griffer).
- Selon plusieurs auteurs, l'apparition des comportements perturbateurs chez la personne atteinte de démence s'explique en grande partie par la présence de plusieurs facteurs qui prédisposent (ou facteurs contextuels) et qui précipitent (ou facteurs proximaux). Algase, Beck, Kolanowski, et alii (1996) nous proposent un modèle qui nous permet de mieux connaître ces facteurs dont certains sont immuables alors que d'autres peuvent dépendre d'éléments comme la satisfaction des besoins de base (Bourque et Voyer, 2006).

Facteurs contextuels et proximaux impliqués dans l'apparition des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, selon le modèle d'Algase, Beck, Kolanowski, et alii (1996).

FACTEURS CONTEXTUELS	FACTEURS PROXIMAUX
Facteurs neurologiques • Rôle d'une région spécifique • Déséquilibre des	Facteurs personnels • Insatisfaction des besoins physiques de base

neurotransmetteurs • Détérioration du rythme circadien • Réduction des capacités motrices	
Facteurs cognitifs • Attention • Mémoire • Habileté visiospatiale • Habileté du langage	Environnement physique • Intensité de la lumière • Niveau du bruit • Température
État de santé • Santé générale • Autonomie fonctionnelle • État affectif	Environnement social • Climat de l'unité • Stabilité du personnel • Mixité du personnel
Facteurs socio-démographiques et historiques • Âge • Sexe • Scolarité • Occupation antérieure • Traits de personnalité avant la maladie • Antécédents de stress psychosocial • Réaction au stress	

- Selon le modèle d'Algase, Beck, Kolanowski, *et alii*, (1996) les troubles du comportement sont parfois l'expression d'un besoin ressenti par la personne qui ne parvient cependant pas à l'exprimer en raison justement de ses déficits cognitifs.
- La non-satisfaction des besoins physiques et psychosociaux de base apparaît clairement comme un facteur important qui contribue souvent à l'apparition des comportements d'agitation.
 - Voici les **besoins physiques de base** : boire, manger, uriner, déféquer, être confortablement installé, dormir et ne pas avoir de douleur.

- Voici les **besoins psychosociaux de base** : communiquer, avoir de l'intimité, préserver son estime de soi, se sentir en sécurité, demeurer autonome et conserver son identité.
- Lorsqu'une personne présente des comportements perturbateurs persistants et complexes, il est primordial d'observer ces comportements en profondeur. L'équipe de soins peut alors compter sur la grille d'observation clinique (annexe 1). L'observation dure en moyenne de 48 à 72 heures et requiert la participation de tous les soignants de jour, de soir et de nuit (Bourque et Voyer, 2006).
- Selon plusieurs auteurs, l'analyse de cette grille doit soulever les questions suivantes (Bourque et Voyer, 2006).

ÉLÉMENTS	QUESTIONS/RÉFLEXIONS ÉMANANT DE LA GRILLE
Nature du comportement	• Quels sont les comportements observés? • Y a-t-il un profil de comportement? • Est-ce une agitation verbale ou physique, agressive ou non agressive?
Fréquence du comportement	• Quels sont les comportements les plus souvent observés? • Quelles sont la fréquence et la durée des comportements? • À quelle heure se produisent les comportements? • Se produisent-ils toujours aux mêmes heures?
Éléments déclencheurs	• Quels sont les principaux éléments déclencheurs? • Est-ce que les comportements sont liés à un besoin de base non satisfait, à une douleur, à un soin perçu comme agressant, à une habitude de vie non respectée, à une consigne trop exigeante, à une sous-stimulation ou surstimulation sensorielle? • Quelle est mon attitude à l'égard de la personne, quelle est mon approche lors des soins? • Est-ce que j'ai respecté son intimité, son rythme? • Est-ce que je me suis bien fait comprendre?
Contexte de soins	• Où se produisent les comportements? • Durant quelle activité de soins se produisent-ils? • S'agit-il toujours de la même activité?

	• Que signifie cette activité de soins? Est-elle en concordance avec les habitudes de vie de la personne?
Environnement physique et humain	• À quoi ressemble l'environnement physique lorsque se produisent les comportements? • Y avait-il trop ou pas assez de stimuli avant qu'ils se produisent? • Qui se trouvait alors auprès de la personne? • Était-ce un nouvel intervenant qui ne connaissait pas les habitudes de la personne? Quelle était l'attitude du nouvel intervenant?
Interventions bénéfiques	• Quelles sont les interventions les plus bénéfiques et pourquoi le sont-elles? • Est-ce qu'elles comblent un besoin de base non satisfait, diminuent la douleur que ressent la personne, réduisent la surcharge sensorielle, etc.? • Est-ce qu'elles sont liées à une attitude ou à une approche appropriée?
Interventions non bénéfiques	• Quelles sont les interventions les moins bénéfiques et pourquoi le sont-elles?



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

(Bourque et Voyer, 2006)

L'évaluation :

- Lorsqu'une personne présente un comportement agressif, l'infirmier et son équipe doivent suivre une démarche rigoureuse pour ne pas recourir précipitamment aux mesures de contrôle.
- Cette évaluation se veut interdisciplinaire et elle exige la participation du médecin et des autres professionnels de la santé. L'évaluation doit tenir compte des facteurs qui prédisposent et précipitent les comportements perturbateurs et rechercher les causes sous-jacentes tels la douleur, le delirium, les infections, l'insatisfaction des besoins de base physiques et psychosociaux, etc.
- L'observation objective des comportements perturbateurs est également essentielle, car elle permet de recueillir de l'information concernant la nature du comportement, le moment de la journée où il se produit, sa fréquence, sa durée ainsi que les éléments déclencheurs, le contexte de soins et l'environnement physique et humain.

L'analyse des données :

- L'analyse de toutes ces données permet de mieux comprendre le comportement perturbateur et de prendre en considération les résultats obtenus à l'évaluation interdisciplinaire. Cette étape déterminante se déroule avec l'équipe soignante pour permettre de faire les liens, de saisir la dynamique du comportement, d'échanger les perceptions et les trucs et d'amorcer le plan d'interventions.

L'élaboration du plan d'interventions et son application :

- L'élaboration du plan d'interventions doit prendre en considération les résultats de l'évaluation interdisciplinaire et l'observation du comportement agressif. La recherche de mesures de remplacement est aidée par la connaissance des diverses approches convenant spécifiquement à cette clientèle ainsi que par la connaissance de l'histoire de vie de la personne et ses habitudes antérieures.
- Le plan d'interventions doit être négocié avec l'équipe de soins et tous les soignants doivent l'appliquer pendant 4 à 6 semaines avant d'en faire l'évaluation.

L'ajustement et l'évaluation du plan d'interventions :

- Dès la deuxième semaine, l'infirmier et son équipe peuvent procéder à de petits ajustements du plan d'interventions à la suite d'une rencontre formelle avec l'équipe. Cependant, les ajustements doivent être négociés avec l'équipe.
- L'évaluation du plan d'interventions sera faite 4 à 6 semaines après son application par l'ensemble des soignants. Si les résultats ne sont pas positifs, il faudra procéder à des ajustements ou consulter de nouveau les résultats de l'évaluation.
- Si les résultats sont positifs, il faudra s'assurer de maintenir l'application des interventions afin de poursuivre la gestion des comportements.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Un même comportement agressif ou perturbateur peut avoir des causes différentes.
- Un comportement agressif n'égale pas un autre comportement agressif. Il faut donc évaluer chaque fois et personnaliser les interventions.
- Un comportement agressif ou perturbateur est une façon de communiquer son désaccord, son inconfort, sa peur, sa douleur, ses besoins, etc.
- Les soignants doivent trouver un sens au comportement perturbateur ou agressif de la personne atteinte de démence.
- Il est très important de dépasser le comportement et de s'intéresser à la personne à travers son histoire de vie.
- Les approches et les interventions diffèrent selon les personnes. Donc, on ne peut pas toujours reproduire avec le même succès les mêmes interventions.
- Un plan d'interventions qui réduit la fréquence et l'intensité d'un comportement agressif ou perturbateur est considéré comme bénéfique même si les interventions ne fonctionnent pas tous les jours.
- Les routines de travail inflexibles prévues à des heures fixes et centrées sur la tâche des soignants peuvent souvent entraîner des comportements d'agitation chez les personnes atteintes de démence.
- Une approche de base fondée sur l'écoute de la personne et centrée sur ses besoins et ses habitudes de vie diminue les risques d'agitation chez la personne démente.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module clinique traite des comportements perturbateurs des personnes âgées souffrant d'un déficit cognitif découlant d'une démence irréversible. Il présente des approches spécialisées et des habiletés spécifiques qui permettent d'intervenir plus adéquatement auprès de cette clientèle en évitant le recours aux mesures de contrôle.

La démarche proposée respecte le processus de décision présenté dans les modules référentiels.

RÉFÉRENCES

- ALGASE, Donna L., Cormelia BECK, Ann KOLANOWSKI, *et alii*, « Need-Driven Dementia-Compromised Behavior : An Alternative View of Disruptive Behaviour », dans *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. XI, n° 6 (novembre/décembre 1996), p. 10-19.
- BECK, C. K., L. FRANK, N. R. CHUMBLER, *et alii*, « Correlates of Disruptive Behaviour in Severely Cognitively Impaired Nursing Home Residents », dans *The Gerontologist*, vol. XXXVIII, n° 2 (avril 1998), p. 189-198.
- BECK, C. K., T. S. VOGELPOHL, J. H. RASIN, *et alii*, « Effects of Behavioural Interventions on Disruptive Behaviour and Affect in Demented Nursing Home Residents », dans *Nursing Research*, vol. LI, n° 4 (juillet/août 2002), p. 219-228.
- BELLILLI, G., G. B. FRISONI, A. BIANCHETTE, *et alii*, « Special care units for demented patients: a multicenter study », dans *The Gerontologist*, vol. XXXVIII, n° 4 (août 1998), p. 456-462.
- BLAZER, Dan G., David C. STEFFENS et Ewald W. BUSSE, *Textbook of Geriatric Psychiatry*, 3^e édition, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, 2004, 596 p.
- BONIN, C. et BOURQUE, M., *Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée*. Nursing Québec, 13(2), 1993, p. 20-26.
- BRODATY, H., B. DRAPER, D. SAAB, *et alii*, « Psychosis, Depression and Behavioural Disturbances in Sydney Nursing Home Residents : Prevalence and Predictors », dans *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. XVI, n° 5 (mai 2001), p. 504-512.
- CASTLER, N. G., B. FOGEL et V. MOR, « Risk Factors for Physical Restraint Use in Nursing Homes : Pre and Post Implementation of the Nursing », dans *The Gerontologist*, vol. XXXVII, n° 6 (décembre 1997), p. 737-747.

- COHEN-MANSFIELD, J. et N. BILLIG, « *Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review* », dans *Journal of the American Geriatric Society*, vol. XXXIV, n° 34 (10), (1986), p. 711-721.
- DE SANTIS, J., S. ENGBERG et J. ROGER, « Geropsychiatric Restraint Use », dans *Journal of American Geriatric Society*, vol. XLV, n° 12 (1997), p. 1515-1518.
- EUSTACE, A., N. KIDD, E. GREENE, *et alii*, « Verbal Aggression in Alzheimer's Disease. Clinical, Functional and Neuropsychological Correlates », dans *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. XVI, n° 9 (septembre 2001), p. 858-861.
- HOEFFEL, B., J. RADER et A. BARRICK, « Understanding the Battle », dans A. BARRICK, J. RADER, B. HOEFFER et P. SLOANE [dir.], *Bathing Without a Battle : Personal Care of Individuals with Dementia*, New York, Springer, 2002, p. 3-10.
- INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION, *Behavioral and Psychological Symptoms of dementia*, 2^e édition, Skokie, International Psychogeriatric Association, 2003.
- LANCTÔT, K. L., T. S. BEST, M. MITTMANN, *et alii*, « Efficacy and Safety of Neuroleptics in Behavioural Disorders Associated With Dementia », dans *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. LIX, n° 10, (1998), p. 550-561.
- LÉVESQUE, Louise, Carole ROUX et Sylvie LAUZON, *Alzheimer, comprendre pour mieux aider*, Ville St-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1990, 331 p.
- LONERGAN, E., J. LUXEMBERG et J. COLFORD, « Haloperidol for agitation in Dementia », *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002.
- MATTIASSON, A. C. Et L. ANDERSSON, « Nursing Home Staff Attitudes to Ethical Conflicts With Respect to Patient Autonomy and Paternalism », dans *Nursing Ethics*, vol. II, n° 2 (juin 1995), p 115-130.
- MONIZ-COOK, E., S. AGAR, M. SILVER, *et alii*, « Can Staff Training Reduce Behavioural Problems in Residential Care for the Elderly Mentally Ill? », dans *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. XIII, n° 3 (mars 1998), p. 149-158.

RYDEN, M. B., « Aggressive Behavior in Persons With Dementia Who Live in the Community », dans *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, vol. II, n° 4 (1988), p. 342-355.

VOYER, P., « Les milieux de soins et les symptômes comportementaux de la démence », dans P. LANDREVILLE, F. ROUSSEAU, J. VÉZINA et P. VOYER [dir.], *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Saint-Hyacinthe, Edisem, 2005, p. 309-343.

VOYER, P., BOURQUE, M. & VOYER, P., *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD*. Saint-Laurent, ERPI. La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, 2006, p.355-374.

ANNEXE 2

INTERVENTIONS DE BASE AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICITS COGNITIFS

- Commencer la conversation en nommant la personne par son nom et en s'identifiant.
- Utiliser un ton de voix doux et rassurant.
- Établir le contact avec la personne par le regard, la voix ou le toucher affectif.
- Accorder de l'attention à la personne par le regard, le toucher, sa présence générale.
- Utiliser le toucher affectif lorsque la personne est calme.
- Aborder la personne avec un visage souriant et détendu (interprétation positive).
- Utiliser des gestes, des mimiques et la démonstration pour se faire comprendre.
- Utiliser des phrases simples, courtes et concrètes.
- Parler lentement et prononcer les mots clairement.
- Poser une question à la fois, ne donner qu'une consigne à la fois.
- Répéter la question avec les mêmes termes que ceux utilisés la première fois.
- Respecter le rythme de la personne (temps de réponse plus long).
- Éviter de hausser le ton si la personne ne répond pas.
- Accorder de l'importance à la communication non verbale.
- .
- Se déplacer lentement, éviter les gestes brusques et spontanés.

- Éviter les demandes trop exigeantes (qui augmentent la frustration, l'anxiété).
- Renforcer les comportements positifs.
- Être conscient de ses propres émotions et réactions et en tenir compte.
- Développer le sens de l'observation (décrire plutôt que porter des jugements).
- Décoder les besoins de base exprimés à travers les comportements et les réactions de la personne.
- Être créatif et tenter de reproduire les habitudes de vie et les automatismes de la personne.

ANNEXE 3

INTERVENTIONS POUR DIMINUER LES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS OU AGRESSIFS

LORS DU BAIN :

- Si la personne refuse d'aller au bain, lui proposer cette activité plus tard.
- Aborder la personne en lui parlant d'un sujet qui fait appel à ses souvenirs anciens significatifs (ex. : Vous êtes née à Sherbrooke, vous avez longtemps habité sur la rue Belvédère, etc.). C'est très important de connaître son histoire de vie.
- Éviter de parler à la personne du bain comme tel, mais la conduire tranquillement à la salle de bain.
- Préparer la salle de bain à l'avance (accessoires de toilette, vêtements de rechange, eau, etc.).
- Utiliser la diversion : un soignant capte le regard de la personne et lui parle de souvenirs anciens significatifs, tandis que l'autre soignant effectue le soin sans parler et le plus rapidement possible.
- Connaître les habitudes antérieures de la personne et tenter de les reproduire.
- Se centrer sur réactions de la personne et ajuster nos actions en conséquence. Être attentif aux plaintes (froid, peur, douleur).
- Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bain.
- Diminuer le temps où la personne est dévêtue.
- Laisser la personne porter une jaquette d'hôpital tout au long de la toilette partielle ou du bain (laver sous la jaquette).
- Écourter le temps du bain (faire vite tout en demeurant calme). Si la personne montre des signes d'impatience, lui dire : « C'est fini dans 2 petites minutes ».

- Récompenser la personne en lui offrant, à la fin du bain, une activité agréable (alternance : activité agréable, désagréable, agréable).
- Récompenser la personne en lui offrant à la fin du bain une activité agréable (activité agréable – bain – activité agréable).
- Sécuriser la personne, surtout lors des transferts au levier (être 2 soignants).
- Utiliser la douche assise plutôt que le bain si la personne présente trop d'agitation au bain.
- Éviter de faire fonctionner le tourbillon dans le bain.
- Terminer le bain par le lavage de la tête (prendre un pichet d'eau tiède pour arroser la tête ou utiliser une débarbouillette bien trempée pour les cheveux très courts).

LORS D'UNE AGRESSION ENTRE 2 RÉSIDENTS :

- Utiliser un ton de voix ferme, mais non menaçant.
- Éviter l'argumentation, la confrontation.
- Utiliser des consignes simples et courtes.
- Bouger lentement, éviter d'agiter les bras, les mains, etc.
- Demeurer calme en tout temps en prenant conscience de ses propres émotions et réactions.
- Diminuer les stimuli de l'environnement (diminuer le ton de la voix, le volume de la télévision ou de la musique, l'intensité de la lumière, etc.).
- Éloigner les autres résidents de la situation conflictuelle.
- Planifier l'intervention : un seul intervenant parle à la personne tandis qu'un autre essaie de défaire la prise de la personne (par exemple si elle retient le gilet d'un autre résident).

- Utiliser la diversion avec la personne (tenter de lui changer les idées en évoquant un souvenir ancien significatif ou en lui proposant une activité qu'elle aime faire).
- Laisser une distance de 20 à 75 centimètres, ce qui permet de respecter l'espace vital de la personne et de ne pas être frappé.
- Éviter de tourner le dos à la personne.
- Approcher la personne à un angle de 45 degrés du côté faible ou non dominant.
- Essayer de conduire la personne, si possible en marchant, vers un endroit calme.

SOINS INFIRMIERS



GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE

PROFIL DU RÉSIDENT

Raison d'utilisation de la grille :

Nom du résident :

Date d'admission :

Principaux diagnostics médicaux :

Médication actuelle :

Changements dans la médication :

Heure	Description du comportement perturbateur	Élément(s) déclencheur(s)	Ce qui est fait (interventions)	Résultats	Initial es

U:\Inf-MB\Documents de travail\ Grille d'observation clinique-profil du résident.doc

